

**ZLECENIE WYKONANIA MOLEKULARNEGO BADANIA MATERIAŁU Z PORONIENIA
Z DEKLARACJĄ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA**

Wypełnia Pacjentka pełnoletnia lub rodzic/opiekun prawny Pacjentki

Nazwisko i imię Pacjentki:	
PESEL Pacjentki:	
Telefon kontaktowy:	E-mail:
Adres kontaktowy:	
Wiek ciąży:	

Pobrany materiał poronny (trofoblast) zostanie wykorzystany do wykonania badania genetycznego (właściwe badanie zaznaczyć w tabeli poniżej).

Badanie	Kod procedury MedGen	Pole do zaznaczenia badania do wykonania
Określenie płci poronionego zarodka/płodu z zastosowaniem markerów molekularnych	RÓŻNE-02	
Badanie najczęstszych aberracji chromosomowych: 13, 18, 21, X, Y – Rapid FISH	RAPID FISH-1	
Kariotyp molekularny - badanie aCGH – analiza aberracji chromosomowych, rozległych i niewielkich delecji, duplikacji genomu	KARIOTYP-02	
Ocena patomorfologiczna (rozdzielenie materiału zarodkowego/płodowego)	-----	

Jestem świadoma, że:

1. Pobrany materiał poronny zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej.
2. Cały dostarczony materiał poronny zostanie wykorzystany do wykonania badania genetycznego i niemożliwe będzie odzyskanie materiału poronnego.
3. Jeśli przekazany do badania materiał poronny będzie zawierał znaczącą domieszkę materiału macicznego, wyizolowanie materiału zarodka/płodu może okazać się niemożliwe. W takich przypadkach niemożliwe będzie wydanie wyniku informacyjnego.
4. Uzyskanie wyniku nieinformacyjnego z powodu domieszki materiału macicznego w materiale poronnym lub z powodu degradacji materiału genetycznego nie jest podstawą do zwrotu kosztów wykonania badania poniesionych przez Pacjentkę/ ośrodek zlecający badanie.
5. Uzyskałam od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 836, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

Zostałam poinformowany/a o konieczności przetwarzania moich danych osobowych w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do wyżej wymienionych celów przez MedGen, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

UWAGA: Proszę wypełnić drugą stronę dokumentu!!!

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Pacjentki lub rodzica / opiekuna prawnego Pacjentki

Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego (w przypadku pacjentek małoletnich albo całkowicie ubezwłasnowolnionych):
Adres miejsca zamieszkania:

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej:

Panią/Pana
imię i nazwisko

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy.....

.....
imię i nazwisko Pacjentki/opiekuna prawnego Pacjentki, data

Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.

.....
imię i nazwisko Pacjentki/opiekuna prawnego Pacjentki, data

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 z późn. zm.).