

Centrum Medyczne MedGen

ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A, 02-954 WARSZAWA
tel: 501 377 150 e-mail: diagnostyka@medgen.pl

Data, godzina i podpis osoby przyjmującej
zlecenie do CM MEDGEN:

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE

INFORMACJE O PACJENCIE

Nazwisko i imię (drukowanymi literami):

.....
.....

Data urodzenia (dz/m/r):/...../.....

PESEL: _ _ _ _ _

Płeć: żeńska męska nieznana

Pochodzenie etniczne: polskie inne

Adres kontaktowy:.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

Nr karty/rodowodu pacjenta w jednostce kierującej:

.....

INFORMACJE O JEDNOSTCE KIERUJĄCEJ

Nazwa jednostki:...

.....
.....

Adres:.....

.....

.....

Telefon.....

NIP:.....

Nazwisko i imię lekarza kierującego.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

E-mail:.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

plama krwi krew obwodowa

krew obwodowa

płyn owodniowy

trofoblast

szpik kostny

wyizolowany DNA

inne.....

Data i godzina pobrania próbki od pacjenta

(dz/m/r):/...../..... godzina:.....

Dane osoby pobierającej materiał do badań:

.....

INFORMACJE DO FAKTURY

(jeśli inne niż jednostki kierującej na badanie)

NIP:.....

Czy ktoś z rodziny pacjenta lub sam pacjent,
był już badany w CM MedGen?

Jeśli TAK proszę podać datę badania lub nr identyfikacyjny
badania lub nr próbki (dane znajdują się na pierwszej stronie
Sprawozdania z badania).

.....

INFORMACJE O BADANIU:

Nazwa choroby:.....

.....

Kod procedury:.....

INFORMACJE OBJĘTE TAJEMNICĄ ZAWODOWĄ (LEKARZA I DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO):

Cel badania:

- Diagnostyka postnatalna
- Weryfikacja rozpoznania klinicznego
- Określenie statusu nosicielstwa
- Diagnostyka przed procedurą wspomaganego rozrodu
- Zabezpieczenie materiału genetycznego
- Inne:

Wskazania do wykonania badania i objawy wiodące/rozpoznanie np. kody ICD10, HPO:

.....

.....

.....

Objawy kliniczne (tylko do wiadomości laboratorium):

.....

.....

INFORMACJE:	O TRANSFUZJI*	PRZESZCZEPIE SZPIKU**
	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Jeśli TAK to kiedy.....		
* badanie genetyczne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.		
** jeśli był wykonany przeszczep szpiku konieczny jest kontakt lekarza prowadzącego z laboratorium CM MedGen przed zleceniem badania.		

KARIOTYP: prawidłowy nieprawidłowy (jaki?.....) nie badano

Czy badanie genetyczne prowadzone jest po raz pierwszy? tak nie

Jeśli NIE, to w jakim ośrodku były wykonane i w kierunku jakiej choroby:

.....

Czy w rodzinie występowały choroby genetycznie uwarunkowane? tak nie

Jeśli TAK, proszę wymienić jednostki chorobowe oraz stopień pokrewieństwa w stosunku do probanta/osoby chorej oraz imię i nazwisko probanta/osoby chorej:

.....

.....

.....
data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO

WYPEŁNIA PACJENT PEŁNOLETNI LUB RODZIC/OPIEKUN PRAWNY PACJENTA

NAZWISKO PACJENTA:	
IMIĘ PACJENTA:	
PESEL PACJENTA:	
TELEFON KONTAKTOWY:	E-MAIL:
ADRES KONTAKTOWY:	
NAZWISKO I IMIĘ RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO (W PRZYPADKU PACJENTÓW MAŁOLETNIACH ALBO CAŁKOWICIE UBEZWŁASNOWOLNIONYCH):	

Pobrano **ode mnie** lub **dziecka** materiał (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

kw **tkanka** **płyn owodniowy** **trofoblast** **inne**

zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej opartej na analizie DNA w kierunku:

NAZWA CHOROBY	KOD BADANIA

Jestem świadomy/a, że:

- Pobrano materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki:
 - prenatalnej (przedurodzeniowa)
 - postnatalnej (pourodzeniowa)
 - weryfikacja rozpoznania klinicznego
 - określenia statusu nosicielstwa
 - określenia predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną.
- Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, istnieje jednak ryzyko degradacji DNA (proces naturalny) dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
- W przypadku gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania genetycznego może być nieprawidłowy.
- Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki genetycznej a datą wydania wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza *Deklaracja Świadomej Zgody*.
- Preparat DNA standardowo jest przechowywany w banku DNA Laboratorium MedGen przez okres 3 lat, dzięki czemu możliwe jest wykonanie w dowolnym czasie dodatkowych badań dla Pacjenta. Proszę zaznaczyć:
 - NIE WYRAŻAM ZGODY NA PRZECHOWYWANIE DNA**
 - TAK, WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZECHOWYWANIE DNA**
- Uzyskałem 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.
- Zapoznałem się z procedurą zlecania badań laboratoryjnych, instrukcją pobrania materiału biologicznego do badań genetycznych oraz instrukcją transportu materiału biologicznego dostępnymi pod adresem: www.medgen.pl/pl/formularze/podmioty-medyczne

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka/ osoby pozostającej pod moją opieką prawną* zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z klauzulą informacyjną dołączonej do mojej zgody.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis lekarza kierującego

.....
Podpis pacjenta >18. r.ż. / rodzica / opiekuna prawnego

.....
* Niepotrzebne skreślić

.....
Podpis pacjenta niepełnoletniego >16 r. ż.

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. Administratorem Danych Osobowych jest MedGen Kamila Czerska i Wspólnicy sp.k. z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A, 02-954 Warszawa, Numer KRS: 0000424556 (dalej: „MEDGEN”).
2. Wyzaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych skontaktuj się z nami pod adresem: biuro@icdo.pl.
3. Administrator przetwarza dane osobowe w celu:
 - a) realizacji usług medycznych (prowadzenie dokumentacji medycznej), zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej - art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
 - b) weryfikacji danych podczas umawiania wizyty - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c (wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
 - c) kontaktu telefonicznego lub za pośrednictwem e-mail w celu potwierdzenia rezerwacji, odwołania bądź zmiany terminu konsultacji lekarskiej oraz wysyłki informacji odnośnie przygotowania do badań lub zabiegów – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO (na podstawie umowy i prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora).
4. Dane osobowe jakie przetwarzamy to imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, e-mail, nr kontaktowy.
5. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe przez okres 20, 22 lub 30 lat liczonych od daty sporządzenia ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej stosownie do okresów przechowywania dokumentacji określonych w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, 2280, 2705, z 2023 r. poz. 605 z późn. zm.).
6. Każdej osobie, której dane są przetwarzane przysługuje prawo do: dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, sprostowania (poprawiania) swoich danych, usunięcia swoich danych, ograniczenia przetwarzania swoich danych, przenoszenia swoich danych - jeśli podstawą prawną ich przetwarzania jest zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a RODO) lub umowa (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych - jeśli podstawą prawną ich przetwarzania jest prawnie uzasadniony interes (art. 6 ust. 1 lit. f RODO). Ponadto przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych pod adresem: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do świadczenia usług medycznych. Zgodę można wycofać w dowolnym momencie, lecz wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Dane mogą zostać udostępnione innym podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych na Pani/Pana rzecz, podwykonawcom wykonującym usługi na rzecz MEDGEN, w związku z którymi niezbędny jest dostęp do danych osobowych – (min. podmiotom wykonującym transport, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym dokumentację itp.). Dane Pani/Pana mogą zostać udostępnione innym podmiotom na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, 2280, 2705, z 2023 r. poz. 605 z późn. zm.).
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez wyraźnej zgody i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania w MEDGEN danych pacjentów znajdują się na stronie internetowej <https://www.medgen.pl/pl/medgen/polityka-prywatnosci>.