

Formularz zlecenia badania w materiale z poronienia

Prosimy o dołączenie dokumentu (ksero) potwierdzającego ciążę (np. karta informacyjna ze szpitala, karta ciąży lub wynik badania histopatologicznego)

I. Dane pacjentki:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
.....
PESEL
Data urodzenia
Tel. kontaktowy
e-mail
Która ciąża

Tydzień ciąży

(Prosimy o wpisanie, w którym tygodniu ciąży doszło do obumarcia/zatrzymania się rozwoju)

Data pobrania próbek

(Data, kiedy próbka została zabezpieczona w soli fizjologicznej lub bloczku parafinowym)

Ciąża pojedyncza bliźniacza

(w przypadku ciąży bliźniaczej należy dostać dokument potwierdzający rodzaj ciąży)

Rodzaj dostarczonej próbki:

- materiał poronny w soli fizjologicznej
 materiał poronny w bloczku parafinowym
 materiał poronny w formalinie

Miejsce pobrania próbki:

dom szpital (prosimy o podanie adresu szpitala)

II. Proszę zaznaczyć odpowiednie badanie:

1. Identyfikacja płci w materiale z poronienia

(badanie chromosomów X i Y)

Cena 397 zł, wynik 4-5 dni roboczych

od momentu dotarcia próbek do laboratorium

2. Choroby genetyczne płodu jako przyczyna poronienia +30 min. konsultacji tel. z genetykiem

bez zaleceń lekarza na e-mail
(cena 837 zł, wynik 4-7 dni roboczych)

z zaleceniami lekarza na e-mail
(cena 867 zł, wynik 4-7 dni roboczych)

W cenie badania możliwe jest określenie płci materiału z poronienia. Prosimy zaznaczyć, czy chcą Państwo uzyskać taki wynik:

- tak (w cenie badania)
 nie (cena nie ulega zmianie)

Lekarz kierujący (Imię i nazwisko lekarza, który zasugerował wykonanie tego badania. Miejsce to nie jest obowiązkowe do uzupełnienia)

III. Informacje o wyniku

Wynik badania w formie pliku PDF będą mogli Państwo pobrać z panelu Pacjenta. Dane do logowania otrzymają Państwo w momencie dotarcia próbek do laboratorium na nr tel. oraz e-mail podany w formularzu zlecenia badania laboratoryjnego. (Wynik posiada elektroniczne podpisy oraz pieczętki, w związku z czym jest równoważny z wynikiem w wersji papierowej).

IV. Co zrobić z próbką po badaniu?

- Wyrażam zgodę na utylizację próbek w procedurze laboratoryjnej
- Odesłać próbkę na adres korespondencji
Próbka odsyłana jest firmą kurierską UPS. Laboratorium testDNA nie ponosi odpowiedzialności za transport próbki.
- Odesłać próbkę do szpitala *(podać piętro, nazwę oddziału zakładu, imię i nazwisko odbiorcy w szpitalu)*

WAŻNE!

W przypadku nie zaznaczenia żadnej z powyższych opcji lub nieodebrania próbki, materiał zostanie zutyliczowany po trzech miesiącach od zakończenia analiz.

Deklaracja świadomej zgody na badania genetyczne

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań genetycznych materiału z poronienia/ciąży obumarłej w celu ustalenia płci lub badania chorób genetycznych płodu jako przyczyny poronienia z identyfikacją płci. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, iż nie jest wykluczone, że próbka opisana jako materiał poronny może zawierać tkanki matki. testDNA Laboratorium Sp. z o.o. nie ponosi odpowiedzialności za pobór materiału.

Data

Podpis 

Powyższe dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji złożonego zamówienia na podstawie art.23 ustęp. 1 punkt 3 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz.926 z późn. zm.) przez testDNA Laboratorium Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach przy ul. Słonecznej 4, KRS: 0000485925, NIP: 634-282-27-48, REGON: 243413225. Osobie podającej dane przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Data

Podpis 

Dane do płatności

Płatność należy uiścić w dniu odesłania próbek.
Konto bankowe nr: **16 1140 2017 0000 4602 1308 1295**
testDNA Laboratorium Sp. z o.o.

W tytule płatności należy podać imię i nazwisko pacjentki

Wypełnić tylko w przypadku badania chorób genetycznych płodu jako przyczyny poronienia

I. Dane dotyczące poronienia/obumarcia ciąży:

Data i godzina pobrania materiału poronnego:

Sposób zapłodnienia:

- sposób naturalny, w czasie krótszym niż rok od podjęcia starań o dziecko
 sposób naturalny, ale po dłuższym staraniu. Jak długim?
- inseminacja nasieniem partnera inseminacja nasieniem dawcy in vitro (IVF) lub ICSI
 adopcja komórki jajowej adopcja zarodka

Czy pacjentka chorowała w czasie ciąży? Tak Nie

Jeśli tak, w jakim czasie, na co, czy przyjmowała leki, jakie?

Czy przeprowadzono USG ciąży?: Tak Nie

Jeśli było USG, to czy jego wynik był prawidłowy: Tak Nie

Jeśli był nieprawidłowy, to jakie nieprawidłowości wykryto:

Czy pacjentka: Spożywała alkohol Tak Nie Jeśli tak, proszę określić ile?

 Paliła papierosy? Tak Nie Jeśli tak, ile sztuk dziennie?

II. Dane dotyczące pacjentki:

Wiek pacjentki:

Wady wrodzone pacjentki:

Choroby przewlekłe (np. padaczka, cukrzyca):

Czy na stałe przyjmuje leki? Jakież?

Jaki zawód wykonuje:

Czy w pracy lub w domu jest narażenie na czynniki, które mogły być szkodliwe? Tak (jakie) Nie

Liczba poprzednich ciąż?

Jeśli były poprzednie ciążę, proszę podać ich rok i informacje jak się zakończyły (np. 2009 – obumarcie ciąży w 9 tyg.)

I ciąża II ciąża

III ciąża IV ciąża

Badania podczas ciąży

Wirus cytomegalii(CMV) - czy wykonano badanie, w którym tyg. ciąży?

Toksoplazmoza (Toxoplasma gondii) - czy wykonano badanie, w którym tyg. ciąży?

Różyczka (Rubella virus) - czy wykonano badanie, w którym tyg. ciąży?

Wirus opryszczki (HSV-1, HSV-2) - czy wykonano badanie, w którym tyg. Ciąży?

Czy była u Pani wykonywana diagnostyka zakażeń dróg moczowo-płciowych następującymi patogenami:

Chlamydia Tak Nie

Mycoplasma Tak Nie

Rzeżączka Tak Nie

Ureaplasma Tak Nie

Kariotyp z limfocytów

Czy był badany? Tak Nie

Jeśli tak, to jaki był wynik badania

Wywiad rodzinny:

Czy w rodzinie były poronienia samoistne? Tak Nie

Jeśli tak, u kogo i ile? (Matka? Siostra? Bratowa? Kuzynka? Żona kuzyna? Ciotka? Żona wujka? Inna osoba w rodzinie - kto?)

.....
Czy w rodzinie były porody martwe?

w rodzinie były osoby z wadami wrodzonymi, niepełnosprawnością

intelektualną lub mózgowym porażeniem dziecięcym? Tak Nie

Jeśli tak, to u kogo?

III. Dane dotyczące ojca dziecka

Wiek ojca:

Wady wrodzone ojca:

Choroby przewlekłe ojca:

Czy na stałe przyjmuje leki? Tak Nie

Jakież?

Zawód wykonywany:

Czy w pracy lub w domu jest narażenie na czynniki, które mogły być szkodliwe dla płodu? Tak Nie

Kariotyp ojca dziecka z limfocytów: Tak Nie

Jeśli tak, to jaki jest wynik badania i gdzie badanie było wykonane?

Deklaracja świadomej zgody na badania genetyczne

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań genetycznych materiału z poronienia/ciąży obumarłej w celu ustalenia, czy przyczyną poronienia samoistnego/obumarcia ciąży była choroba genetyczna (aberracja chromosomowa/rearanżacja genomowa) u zarodka/płodku.

Ja niżej podpisana oświadczam, że zostałam poinformowana, iż:

1. wykonanie diagnostyki pod kątem wad genetycznych na materiale poronnym jest możliwe w sytuacji, gdy jakość materiału jest dobra (brak degradacji DNA, brak zanieczyszczenia DNA innym profilem)
2. w sytuacji, gdy zabezpieczony materiał poronny będzie zawierał tylko DNA pochodzące od matki, nie jest możliwe wykonanie badania wad genetycznych w materiale poronnym.
3. jest mi znany typ badania, jego warunki, cena, termin realizacji.

Data

Podpis pacjentki 

Do badania przesłano materiał poronny oraz wymaz z policzka od matki

Podpis pacjentki 

Uwaga!

Do realizacji badania niezbędne jest złożenie na kolejnej stronie trzech podpisów w zaznaczonych na żółto miejscach.



następna
strona

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Uwaga! Do realizacji badania wymagany jest podpis pacjenta w 3 miejscach

Oznaczenie podmiotu/przedsiębiorstwa podmiotu:
TestDNA Laboratorium Sp. z o.o.
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA
ul. F.Bocheńskiego 38a
40-859 Katowice
000000169696

Dane identyfikujące jednostkę organizacyjną:
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA - 01

Dane identyfikujące komórkę organizacyjną:
Pracownia diagnostyki laboratoryjnej - 001

PACJENT

Nazwisko i Imię

Data urodzenia PESEL (W przypadku noworodka - PESEL matki a w przypadku braku seria i numer dok. stwierdzającego tożsamość)

OŚWIADCZENIE 1

UPOWAŻNIAM DO INFORMOWANIA O MOIM STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH PRZEZ PODMIOT LECZNICZY W/W PODMIOT LECZNICZY

- A) Osobę*: Imię i nazwisko PESEL
Adres Telefon
- B) Organizację*
- C) Nikogo nie upoważniam *

Data i podpis

*Niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE 2

UPOWAŻNIAM DO UZYSKIWANIA MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z W/W PODMIOTU LECZNICZEGO

- A) Osobę*: Imię i nazwisko PESEL
Adres Telefon
- B) Organizację*
- C) Nikogo nie upoważniam *

Data i podpis

*Niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE 3

OŚWIADCZAM, ŻE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ LUB UDZIELANIE INNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, NA ZASADACH OKREŚLONYCH W ROZDZIALE 5 USTAWY Z DN. 6/11/2008R. O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA PRZEZ W/W PODMIOT LECZNICZY

Data i podpis

*Niepotrzebne skreślić

Powyższe oświadczenia dotyczą również konsultacji lekarskiej

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przy zachowaniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119) w związku z realizacją zlecenia w celu rejestracji i wydania wyników wykonanych badań molekularnych. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przetworzenia zamówienia. Zostałem /am poinformowany /a, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawiania. Administratorem danych osobowych jest testDNA Laboratorium Sp. z o.o. NIP: 634-282-27-48.

.....

data, podpis Pacjenta / Zleceniodawcy