

DANE PACJENTKI

Imię Nazwisko

Data urodzenia PESEL

Tel. kontaktowy Adres e-mail nie posiadam adresu e-mail

Adres zamieszkania

Tydzień ciąży Która ciąża

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

Data i godzina pobrania próbki 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)

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE BADANIE

Pieczętka placówki zlecającej badanie

Identyfikacja płci w materiale z poronienia (badanie chromosomów X i Y)
cena wynik dni robocze od momentu dotarcia próbek do laboratorium

Choroby genetyczne płodu jako przyczyna poronienia + konsultacja z lekarzem genetykiem
cena wynik dni robocze od momentu dotarcia próbek do laboratorium

Możliwe wydanie raportu otrzymać po: tak, chcę otrzymać raport płci materiału z poronienia

Miejsce konieczne do zaznaczenia, jeśli chcecie Państwo otrzymać także wynik dot. płci materiału z poronienia.

Lekarz kierujący

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

DANE DOTYCZĄCE SPOSOBU ZAPŁODNIENIA:

sposób naturalny in vitro (IVF) lub ICSI inseminacja nasieniem partnera

inseminacja nasieniem dawcy adopcja komórki jajowej adopcja zarodka

CO ZROBIĆ Z PRÓBKĄ PO BADANIU?

- Zutilizować
- 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 materiał w soli fizjologicznej lub bloczku parafinowym zostanie zutilizowany

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 przysługuję mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia. Administratorem danych osobowych jest testDNA Sp. z o.o. sp. k. NIP: 634-282-27-48.

! 02.02.20 Aleksandra Nowak
Data i podpis Pacjenta

5. 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).

Deklaracja świadomej zgody na badania genetyczne

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań genetycznych materiału z poronienia/ciąży obumarłej w celu ustalenia jego płci lub badania chorób genetycznych płodu jako przyczyny poronienia. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, iż nie jest wykluczone, że próbka opisana jako materiał poronny może zawierać tkanki matki.
2. Jestem świadoma/-a, że:
 - a) w przypadku przekazania do laboratorium całego płodu lub jego fragmentów jestem zobligowana/-y do jego osobistego odbioru lub wysłania po jego odbiór na własny koszt zakładu pogrzebowego w terminie 14 dni od dnia telefonicznego poinformowania przez testDNA Sp. z o.o. sp. k.,
 - b) testDNA Sp. z o.o. sp. k. nie ponosi odpowiedzialności za pobór materiału, nie ponosi odpowiedzialności za niewłaściwe pobranie, kontaminację (zanieczyszczenie materiałem o innym profilu genetycznym) oraz niewłaściwie wykonaną usługę transportową,
 - c) wykonanie diagnostyki pod kątem chorób genetycznych płodu na materiale poronnym jest możliwe w sytuacji, gdy jakość materiału jest dobra (brak degradacji DNA, brak zanieczyszczenia DNA innym profilem),
 - d) badanie chorób genetycznych płodu ma następujący przebieg:

Etap 1: określenie płci dostarczonej próbki z poronienia dzięki czemu można od razu dopełnić formalności i/lub skorzystać z praw. Uwaga! Wynik płci wydawany jest na życzenie pacjentów (zaznaczenie odpowiedniego punktu w formularzu zlecenia badania). Jest to płeć materiału z poronienia wydawana na podstawie analizy dostarczonej próbki poronnej.

Etap 2: Włączenie do analizy wymazu od matki i sprawdzenie czy przyczyną nie była wada genetyczna płodu (X, Y, 13, 15, 16, 18, 21, 22), która w 60-80% przyczynia się do poronienia.

 - konsultację telefoniczną z lekarzem genetykiem,
 - e) w sytuacji, gdy zabezpieczony materiał poronny będzie zawierał tylko DNA pochodzące od matki, nie jest możliwe wykonanie badania wad genetycznych w materiale poronnym. W takiej sytuacji zostanie zwrócona część opłaty za badanie – zleceniodawca ponosi koszt wykonanych analiz (czyli 447 zł jeśli został wydany raport dot. płci materiału z poronienia lub 300 zł, kiedy taki zleceniodawca nie otrzymał takiego raportu), natomiast reszta uiszczonej kwoty zostaje zwrócona zleceniodawcy badania lub może ją wykorzystać na poczet innych badań w naszym laboratorium
 - f) w przypadku nie zaznaczenia informacji dotyczącej postępowania z próbką po zakończonym badaniu, próbka zostanie zutylizowana do 72h od zakończenia analiz,
 - g) jest mi znany typ badania, jego warunki, cena, termin realizacji.

! **Monika Nowak 30.12.2020**
Data i podpis Pacjenta

Oświadczenie:

Proszę zaznaczyć:



Wyrażam zgodę



Nie wyrażam zgody

na przeprowadzenie u mnie w ramach uiszczonej opłaty badania w kierunku trombofilii wrodzonej Pakiet PREMIUM w sytuacji, gdy wykonanie badania chorób genetycznych płodu jako przyczyna poronienia nie będzie możliwe (nastąpi degradacja materiału poronnego, mamy do czynienia z mieszaniną materiału genetycznego matki i dziecka lub gdy materiał poronny należy tylko do matki).

! **Monika Nowak 30.12.2020**
Data i podpis Pacjenta

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

Do badania dostarczyłam również wymaz z policzka:



TAK



NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA

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 **MONIKA NOWAK**
Data urodzenia **08.06.1987** PESEL **11001102233** (W przypadku noworodka - PESEL matki a w przypadku braku seria i numer dok. stwierdzającego tożsamość)
Numer telefonu Adres email:

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH

Oświadczam, że (wymagane właściwe zaznaczenie i podpis):

upoważniam do informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez w/w podmiot leczniczy

1) (imię i nazwisko) **PIOTR NOWAK** (nr pesel lub data urodzenia) **111222221**
(adres, numer telefonu, e-mail itp.) **POCZTA1@INTERIA.PL, 600-000-000**
2) Organizację (nazwa, adres, adres e-mail)

nie upoważniam żadnej osoby/organizacji do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

✓ Monika Nowak 30.12.2020
Data i podpis

Pola wymagane do podpisu (brak podpisu spowoduje konieczność ponownego uzupełnienia oświadczenia i dostarczenia do laboratorium)

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że (wymagane właściwe zaznaczenie i podpis):

upoważniam do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z w/w podmiotu leczniczego

1) (imię i nazwisko) **PIOTR NOWAK** (nr pesel lub data urodzenia) **111222221**
(adres, numer telefonu, e-mail itp.) **POCZTA1@INTERIA.PL, 600-000-000**
2) Organizację (nazwa, adres, adres e-mail)

nie upoważniam żadnej osoby/organizacji do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z w/w podmiotu leczniczego

✓ Monika Nowak 30.12.2020
Data i podpis

Pola wymagane do podpisu (brak podpisu w którymkolwiek z żółtych pól spowoduje konieczność ponownego uzupełnienia oświadczenia i dostarczenia do laboratorium)