

DANE PACJENTKI

Imię				Nazwisko			
PESEL				Data urodzenia			
Telefon kontaktowy				Adres e-mail	☐ Nie posiadam adresu e-mail		
Adres zamieszkania							
Tydzień ciąży					(Prosimy o wpisanie, w którym tygodniu ciąży doszło do obumarcia/zatrzymania się rozwoju)		
				Która ciąża			
Data i godzina pobrania próbki				Ciąża			
				☐ Pojedyncza ☐ Bliźniacza (W przypadku ciąży bliźniaczej należy dostać dokument potwierdzający rodzaj ciąży) ☐ Jednojąjowa ☐ Dwujajowa			
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

Identyfikacja płci w materiale z poronienia (badanie chromosomów X i Y) ☐ cena 397 zł wynik 3-4 dni robocze od momentu dotarcia próbek do laboratorium	Pieczętka placówki zlecającej badanie
Choroby genetyczne płodu jako przyczyna poronienia + konsultacja z lekarzem genetykiem ☐ cena 837 zł wynik 4-7 dni roboczych od momentu dotarcia próbek do laboratorium Możliwe wydanie raportu dot. określenia płci w próbce z poronienia. Jeśli chcą Państwo taki raport otrzymać, proszę zaznaczyć poniżej ☐ tak, chcę otrzymać raport 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?

- ☐ Zutyliзовать
- ☐ Odesłać próbkę na adres korespondencji (Próbka odsyłana jest firmą kurierską UPS. Laboratorium testDNA nie ponosi odpowiedzialności za transport próbek) **+20 zł.**
- ☐ Odesłać próbkę do szpitala (podać piętro, nazwę oddziału zakładu, imię i nazwisko odbiorcy w szpitalu) **+20 zł.**

Ważne! W przypadku nie zaznaczenia żadnej z powyższych opcji, materiał w soli fizjologicznej zostanie zutyliзовany po 72h od zakończenia badania

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 poprawienia. Administratorem danych osobowych jest testDNA Sp. z o.o. sp. k. NIP 634-282-27-48.

!

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: Sprawdzenie aberracji liczbowych chromosomów autosomalnych: 13, 15, 16, 18, 21 i 22 oraz chromosomów płci (X i Y).

➤ 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.

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).

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

Oznaczenie podmiotu/przedsiębiorstwa podmiotu:
TESTDNA sp. z o.o. Sp.k.
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA
ul. F. Bocheńskiego 38 A
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

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ

Oświadczam, że (wymagane właściwie zaznaczenie ☒ i podpis):

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

(Imię i nazwisko)

(nr PESEL lub data urodzenia)

1

(adres, numer telefonu, e-mail itp.)

Organizację (nazwa, adres, adres e-mail)

2

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

Data i podpis

!

Pole wymagane do podpisu, niezależnie
czy się kogoś upoważnia, czy też nie

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że (wymagane właściwie zaznaczenie ☒ i podpis):

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

(Imię i nazwisko)

(nr PESEL lub data urodzenia)

1

(adres, numer telefonu, e-mail itp.)

Organizację (nazwa, adres, adres e-mail)

2

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

Data i podpis

!

Pole wymagane do podpisu, niezależnie
czy się kogoś upoważnia, czy też nie

Powyższe oświadczenie dotyczy również konsultacji lekarskiej