

DANE PACJENTKI

Nazwisko

Imię

E-mail

Telefon komórkowy

Adres zamieszkania

PESEL

Data urodzenia

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 dołączyć dokument potwierdzający rodzaj ciąży)

Jednojajowa

Dwujajowa

Rodzaj dostarczonej próbki

Materiał poronny w soli fizjologicznej

Błoczek parafinowy

Miejsce pobrania próbki

Dom Szpital (prosimy o podanie adresu szpitala)

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE BADANIE

Badanie przyczyn poronienia metodą MLPA + identyfikacja płci z poronienia
(próbka w soli fizjologicznej)

Zakres:

- Aberracje liczbowe **wszystkich chromosomów**
- Konsultacja telefoniczna z genetykiem
- Identyfikacja płci w materiale z poronienia

Ważne! Jeśli nie chcą Państwo otrzymać wyniku dot. płci prosimy zaznaczyć poniżej

Nie chcę otrzymać raportu

Badanie przyczyn poronienia metodą QF-PCR + identyfikacja płci z poronienia
(próbka w soli fiz. lub w błoczku parafinowym)

Zakres:

- Aberracje liczbowe **wybranych chromosomów** (X, Y, 13, 15, 16, 18, 21, 22)
- Konsultacja telefoniczna z genetykiem
- Identyfikacja płci w materiale z poronienia

Ważne! Jeśli nie chcą Państwo otrzymać wyniku dot. płci prosimy zaznaczyć poniżej

Nie chcę otrzymać raportu

Identyfikacja płci w materiale z poronienia

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 W SOLI FIZJOLOGICZNEJ PO BADANIU?

1. Zutylizować 2. Odesłać próbkę na adres korespondencji (Próbka odsyłana jest firmą kurierską UPS. Laboratorium testDNA nie ponosi odpowiedzialności za transport próbki) **+20 zł.**

Ważne! W przypadku nie zaznaczenia żadnej z powyższych opcji, materiał w soli fizjologicznej zostanie zutylizowany po 72h od zakończenia badania. Błoczek parafinowy jest dokumentacją medyczną w związku z czym zawsze zostaje zwrócony do zleceniodawcy 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. NIP 634-282-27-48.

Data i podpis pacjenta



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 wysłania po jego odbiór na własny koszt zakładu pogrzebowego w terminie 14 dni od dnia telefonicznego poinformowania przez TESTDNA Sp. z o.o.,
 - b TESTDNA Sp. z o.o. 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. Jest to płeć materiału z poronienia wydawana na podstawie analizy dostarczonej próbki poronnej.
 - ETAP 2:** włączenie do analizy wymazu od matki i sprawdzenie aberracji liczbowych chromosomów autosomalnych oraz chromosomów płci (w zależności od wybranej metody badania: analiza wybranych lub wszystkich chromosomów),
 - e konsultację telefoniczną z lekarzem genetykiem,
 - f 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 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 jest mi znany typ badania, jego warunki, cena, termin realizacji.

Data i podpis pacjenta

!

Oświadczenie

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

Proszę zaznaczyć

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

na przeprowadzenie u mnie w ramach uiszczonej opłaty innych badań 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).

W przypadku zlecenia badania:

- metodą MLPA Pakietu badań po poronieniu (trombofilia wrodzona + celiakia)
- metodą QF-PCR - trombofilii wrodzonej Pakiet PREMIUM

Data i podpis pacjenta

!

Oznaczenie podmiotu/przedsiębiorstwa podmiotu:
TESTDNA Sp. z o.o.
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA
ul. F. Bocheńskiego 38 A
40-859 Katowice
KRS: 0001091570

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.

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

Podpis dotyczy wszystkich powyższych Oświadczeń

Powyższe oświadczenie dotyczy również konsultacji lekarskiej

WAŻNE!

Do badania **nie przyjmujemy**:

- całego zarodka
- całego płodu
- fragmentów płodu