

## Formularz zlecenia badania w materiale z poronienia

### 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 dosłać dokument potwierdzający rodzaj ciąży)

Jednojąkowa

Dwująkowa

Rodzaj dostarczonej próbki

Materiał poronny w soli fizjologicznej

Bloczek parafinowy

Miejsce pobrania próbki

Dom

Szpital (prosimy o podanie adresu szpitala)

Lekarz zlecający badanie (opcjonalnie do wpisania)

### PROSZĘ ZAZNACZYĆ 1 BADANIE

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

Zakres:

- Aberracje liczbowe **wszystkich chromosomów**
- Omówienie nieprawidłowego wyniku z genetykiem
- Identyfikacja płci płodu

**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 bloczku parafinowym)*

Zakres:

- Aberracje liczbowe **wybranych chromosomów** (X, Y, 13, 15, 16, 18, 21, 22)
- Omówienie nieprawidłowego wyniku z genetykiem
- Identyfikacja płci płodu

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


Nie chcę otrzymać raportu

Badanie identyfikacji płci materiału 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 PO BADANIU?

- Bloczek parafinowy jest dokumentacją medyczną, dlatego po badaniu zawsze zostaje odesłany do zleceniodawcy badania.
- Próbek nie odsyłamy do szpitali

 Zaznacz, co zrobić z próbką w soli fizjologicznej po badaniu:  Zutylizować  Odesłać na adres zamieszkania

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

## Deklaracja świadomej zgody na badania genetyczne oraz zgoda na przetwarzanie danych osobowych

- 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 po poronieniu ma następujący przebieg  
**ETAP 1:** Analiza porównawcza dostarczonej próbki z poronienia z materiałem od matki w postaci wymazu z wewnętrznej strony policzka,  
**ETAP 2:** Sprawdzenie aberracji liczbowych chromosomów autosomalnych oraz chromosomów płci (w zależności od wybranej metody badania: analiza wybranych lub wszystkich chromosomów),  
➤ konsultacja nieprawidłowego wyniku z genetykiem,
  - e** w sytuacji, gdy zabezpieczony materiał poronny będzie zawierał tylko DNA pochodzące od matki lub mieszaninę DNA, bądź nastąpi degradacja próbki, 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 350 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** w przypadku, gdy cały przekazany materiał w postaci kosmówki lub w postaci tkanki zostanie wykorzystany do badania, brak jest możliwości odebrania próbki od TESTDNA Sp. z o.o.
  - g** materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, niemniej istnieje ryzyko degradacji DNA z przyczyn naturalnych, co może uniemożliwić wykonanie niektórych badań lub uzyskanie wyniku nieinformatywnego,
  - h** jest mi znany typ badania, jego warunki, cena, termin realizacji.
  - i** W celu zwiększenia możliwości szansy przyczyny poronienia, laboratorium zastrzega sobie prawo wyboru ostatecznej techniki dla przeprowadzonego badania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przy zachowaniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 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

!

## Oświadczenie

### 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 z konsultacją (trombofilia wrodzona + celiakia + konsultacja z genetykiem)
- metodą QF-PCR - Pakiet badań po poronieniu (trombofilia wrodzona + celiakia)

### Jeśli chcesz otrzymywać kody rabatowe oraz aktualne informacje o badaniach z pośrednictwem e-mail lub SMS zaznacz poniższe zgody:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie adres e-mail informacji handlowej w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną w szczególności ofert badań wykonywanych przez TESTDNA sp. z o.o.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących inicjowanych przez TESTDNA sp. z o.o. w celach handlowych i marketingowych zgodnie z art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. prawo telekomunikacyjne.

### 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

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