

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 poznania przyczyny poronienia, laboratorium zastrzega sobie prawo wyboru ostatecznej techniki dla przeprowadzonego badania (w ramach uiszczonej opłaty przez pacjenta).

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)