

SKIEROWANIE NA BADANIE MOLEKULARNE

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA (zaznaczyć właściwe)

- Pakiet Trombofilia (mutacja Leiden, mutacja w genie cz.II, mutacja C677T w genie MTHFR) (983)
- Diagnostyka mutacji C677T w genie MTHFR (981)
- Mutacja Leiden w genie czynnika V oraz w genie czynnika II (mut.20210G-A) (980)
- Mutacja w genie czynnika II (982)
- Mutacja Leiden w genie czynnika V
- HLA-B27 (978)

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i nazwisko (drukowanymi literami):

.....

PESEL:

Adres korespondencyjny (miejsce przesłania wyniku):

.....

.....

Telefon kontaktowy:

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

- krew pełna żylna

Data pobrania próbki pacjenta (dz/m/r):

.....

INFORMACJE O TRANSFUZJI/PRZESZCZEPIE **

U pacjenta wykonano (zaznaczyć właściwą odpowiedź):

- transfuzję przeszczep nie

**Badanie genetyczne można wykonać po 3 miesiącach od daty transfuzji, ponieważ istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku badania diagnostycznego.

PIECZĘĆ JEDNOSKI KIERUJĄCEJ

PIECZĘĆ LEKARZA KIERUJĄCEGO

.....

Podpis Pacjent

.....

Data i podpis osoby przyjmującej zlecenie
do laboratorium CM LUXMED

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA MOLEKULARNEGO

WYPEŁNIA PACJENT PEŁNOLETNI LUB RODZIC/OPIEKUN PRAWNY PACJENTA

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta / data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Pobrane ode mnie lub dziecka materiały biologiczne (krew pełna żylna) zostaną wykorzystane do diagnostyki molekularnej w kierunku (nazwa choroby): opartej na analizie DNA oraz do celów związanych z kontrolą jakości badań.

ZOSTAŁEM POINFORMOWANY, ŻE:

1. Pobrane materiały zostaną użyte w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki: weryfikacja rozpoznania klinicznego, określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną lub przeprowadzenie diagnostyki przedobjawowej.
2. W przypadku degradacji materiału biologicznego (proces naturalny) wyrażam zgodę na ponowne pobranie próbki.
3. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej, a datą wydania wyniku Pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza Deklaracja Świadomej Zgody na wykonanie badania molekularnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu rejestracji wyników wykonanych badań molekularnych przez CM LUXMED Sp. z o.o., zgodnie z przepisami umowy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na wykonanie wyników moich badań do celów badań populacyjnych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego