

NR Zlecenia

Data i godzina przyjęcia materiału

.....
Wypełnia laboratorium

ZLECENIE BADANIA MOLEKULARNEGO

BADANIE (kod badania)

Rozpoznanie kliniczne / określenie predyspozycji, nosicielstwa:

Nazwisko i Imię pacjenta

Adres kontaktowy

..... telefon

PESEL |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ data urodzenia kobieta mężczyzna

pochodzenie etniczne: polskie; inne

Materiał: krew obwodowa; plama krwi; wymaz; inny

data pobrania osoba pobierająca:

Adres zwrotny dla wyniku lub dane osoby upoważnionej do odbioru (jeżeli inny niż w/w):

Proszę o przesłanie wyniku pocztą elektroniczną na adres e-mail:

Wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie / mojego dziecka materiału biologicznego do wykonania molekularnych badań diagnostycznych mających na celu wykrycie w/w zmian w DNA.

Jestem świadoma/y, że:

1. Izolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, istnieje jednak ryzyko jego degradacji w wyniku naturalnych procesów, dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
2. Istnieje możliwość niez uzyskania wyników z przyczyn technicznych.
3. Istnieją sytuacje, w których wynik badania może być niejednoznaczny lub niewłaściwie zinterpretowany gdy: pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, wykonano transfuzję krwi w ciągu 3 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych lub był wykonany kiedykolwiek przeszczep szpiku kostnego.
4. jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do dnia wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia niezbędne będzie podpisanie przez niego Deklaracji Świadomej Zgody.

Zostałem/łam poinformowany/a o konieczności przetwarzania moich danych osobowych w związku z wykonaniem w/w badania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do w/w celów, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz.926 z późn. zm).

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta / prawnego opiekuna wyrażającego zgodę