

Karta pacjenta - materiał poronny

Numer badania:*

Data dostarczenia materiału:*

I. Dane osobowe:

1. Nazwisko i

imię:.....

2.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia

3.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

4. Adres zamieszkania:.....

5. Telefon

kontaktowy:.....

II. Informacje dotyczące materiału:

1. Wskazanie do wykonania badania (tydzień ciąży, która ciąża, ciąża pojedyncza/bliźniacza):

.....

2. Materiał do badań dostarczył(a)*:

.....

3. Miejsce pobrania próbki (dom, szpital-adres):

.....

4. Imię i nazwisko lekarza/personelu medycznego który zarekomendował badanie:

.....

5. Dostarczone dokumenty: **

- karta informacyjna ze szpitala
- opis dostarczonego materiału
- inne.....

III. Deklaracja świadomej zgody na wykonanie genetycznych badań diagnostycznych:

1. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na pobranie:

- komórki trofoblastu
- materiał poronny w soli fizjologicznej
- materiał poronny kosmówka
- inny.....

2. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na wykonanie genetycznych badań diagnostycznych w celu:

- określenie płci
- badanie aberracji chromosomowych

z wykorzystaniem metody badawczej:

Metoda QF-PCR:

- pakiet podstawowy - aneuploidie chromosomów 13,18,21,X,Y
- pakiet rozszerzony - aneuploidie chromosomów 13,15,16,18,21,22,X,Y

Metoda aCGH:

- kariotyp molekularny

*Pole wypełnia laboratorium
**Odpowiednie zakreślić „x”

3. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody***** na przechowywanie materiału biologicznego po zakończeniu badania. Materiał biologiczny dostarczony do badań nie podlega zwrotowi.
UWAGA: W przypadku uzyskania nieprawidłowego wyniku badania prenatalnego materiał genetyczny będzie bankowany obligatoryjnie. W przypadku zgody na przechowywanie materiału biologicznego informujemy, że uzyskany materiał genetyczny będzie przechowywany po zakończeniu diagnostyki w odpowiednich warunkach, niemniej istnieje ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału w przyszłości. W przypadku braku zgody materiał genetyczny podlega utylizacji zgodnie z procedurą INNGEN Laboratorium Badań Genetycznych Sp. z o.o.
4. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody***** na wykorzystywanie mojego materiału genetycznego do badań naukowych mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża chorób genetycznych z zachowaniem warunków anonimowości.
5. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**** na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań diagnostycznych lub naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej, zwiększonego ryzyka jej rozwoju lub udzielenia porady genetycznej.
6. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody***** na przetwarzanie danych osobowych (adres e-mail, nr telefonu) w celach marketingowych, tj. informowania o nowych ofertach i promocjach.
7. Podaję dane osobowe jak na wstępie tego oświadczenia dobrowolnie celem identyfikacji oraz kontaktu celem przekazania wyników badań i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
8. **Zapoznałem(-am)** się z klauzulą informacyjną zamieszczoną na stronie internetowej www.lbg.com.pl opracowaną na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L. 2016 Nr 119, str.1).
9. Oświadczam, że **zostałem/-am poinformowany/-a** o istocie podejrzewanej choroby, celu i znaczeniu wykonywanych genetycznych badań diagnostycznych, skutków i ryzyka z nim związanych (w tym uzyskałem/-am od lekarza zlecającego badanie informacje, o których mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.)) i możliwości zrezygnowania z prowadzonych badań w dowolnym momencie (bez jakichkolwiek konsekwencji).
10. Oświadczam, że **zostałem/-am poinformowany/-a** o tym, że może zaistnieć konieczność powtórzenia pobrania materiału do badań oraz że istnieje możliwość niez uzyskania wyników badań z przyczyn technicznych. Ponowne pobranie materiału do badań może mieć miejsce w przypadku, gdy materiał biologiczny uległ degradacji albo w przypadku, gdy jego ilość lub jakość jest niewystarczająca do wykonania analizy, a także, gdy zajdzie konieczność powtórzenia wykonania badania w celu potwierdzenia/wykluczenia zmian DNA.
11. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody***** na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
Data i podpis pacjenta / osoby upoważnionej

ODBIÓR WYNIKÓW I MATERIAŁU

1. Oświadczam, że **zostałem/-am poinformowany/-a** o tym, że:
- wynik badania genetycznego wraz z poradą genetyczną, a także dostarczony materiał poronny jest własnością Pacjenta,
- materiał poronny musi zostać odebrany osobiście (lub przez osobę upoważnioną) lub należy wyrazić zgodę na jego utylizację,
- w przypadku badań wykonywanych metodą aCGH laboratorium nie odpowiada za odbiór materiału poronnego.
2. Oświadczam, że **zostałem/-am poinformowany/-a**, że w przypadku materiału poronnego nie spełniającego kryteriów do badania genetycznego pokryję koszt operacyjny w wysokości 100zł (w przypadku badań INNGEN LBG Sp. z o.o.) lub 150zł (w przypadku badania zlecanego do laboratorium zewnętrznego). Numer konta do zwrotu środków.....
3. Oświadczam, że **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody***** na udzielanie informacji o wynikach badania innej osobie to jest:

Nazwisko i imię osoby upoważnionej:.....

Telefon kontaktowy/ adres e-mail/ dane adresowe:.....

4. **Upoważniam / nie upoważniam***** do dostępu do mojej dokumentacji osobę z pkt 9) / inną osobę to jest:

Nazwisko i imię osoby upoważnionej:.....

Telefon kontaktowy/ adres e-mail/ dane adresowe:.....

5. **Upoważniam / nie upoważniam***** do odbioru materiału poronnego inną osobę to jest:

Nazwisko i imię:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL/ nr dowodu osobistego

.....
Data i podpis pacjenta / osoby upoważnionej

6. **Wyrażam zgodę na UTYLIZACJĘ materiału poronnego**:**

TAK

NIE

.....
Data i podpis pacjenta / osoby upoważnionej

***Nieodpo-

wiednie

skreślić