INNGEN Laboratorium Badań Genetycznych Sp. z o. o.
ul. Magnoliowa 2, 20-143 Lublin,
NIP 712-303-29-00
www.lbg.com.pl, biuro@lbg.com.pl

Karta pacjenta - materiał poronny

Numer badania:* ..... **Data dostarczenia materiału:***.....

I. **Dane osobowe:**

1. Nazwisko i imię:.....

2. Data urodzenia 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

INNGEN Laboratorium Badań Genetycznych Sp. z o. o.
ul. Magnoliowa 2, 20-143 Lublin,
NIP 712-303-29-00
www.lbg.com.pl, biuro@lbg.com.pl

3. **Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a,** że materiał biologiczny jest przechowywany w Laboratorium po zakończeniu badania zgodnie z założeniami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie standardów jakości dla laboratoriów (Dz. U. 2025 poz. 961). W przypadku braku zgody na przechowywanie materiału biologicznego należy zaznaczyć:
   ÿ brak zgody na przechowywanie materiału biologicznego.
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 powtórnego pobrania materiału do badań oraz że istnieje możliwość nieuzyskania 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 powtórnego 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 niespełniającego 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

INNGEN Laboratorium Badań Genetycznych Sp. z o. o.
ul. Magnoliowa 2, 20-143 Lublin,
NIP 712-303-29-00
www.lbg.com.pl, biuro@lbg.com.pl

……..…….

Data i podpis pacjenta / osoby upoważnione

***Nieodpowiednie skreślić