



# ZLECENIE BADANIA CYTOGENETYCZNEGO Z KRWI OBWODOWEJ

## DANE PACJENTA

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) ..... Ulica, nr domu, nr mieszkania .....  
Data urodzenia ..... [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] ..... Miejscowość .....  
PESEL: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] PŁEĆ:  K  M .....  
Dane kontaktowe pacjenta (telefon, e-mail) .....

## DANE KLINICZNE

Wskazanie do badania (rozpoznanie) .....

Wywiad rodzinny (obciążenie genetyczne w rodzinie) .....

Zaznacz, jeśli u pacjenta wykonano:  transfuzję  przeszczep Data transfuzji/przeszczepu (dz/m/r): .....

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

## DANE JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ NA BADANIE

Pieczętka i podpis lekarza kierującego .....  
Pieczętka jednostki ..... Data ..... Tel. kontaktowy .....

### Wynik przelać:

jednostka kierująca  pacjent/pełnomocnik

## MATERIAŁ DO BADANIA

### Pobranie materiału

#### Rodzaj materiału:

Krew obwodowa  
 Inne .....

#### Rodzaj badania:

Kariotyp  
 Inne .....

#### Pobranie materiału:

Data i godz. pobrania ..... Nazwisko osoby pobierającej .....

### Przyjęcie materiału (wypełnia cytogenetyk)

.....  
Data i godz. przyjęcia .....  
.....  
Nazwisko osoby przyjmującej .....  
.....  
Uwagi .....  
.....  
Nr identyfikacji materiału nadany przez laboratorium .....

### Wyrażenie zgody na wykonanie badania cytogenetycznego:

Zostałem (-am) poinformowany o istocie podejrzanego schorzenia genetycznego oraz o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym planowanych badań.

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

.....  
Podpis i pieczętka lekarza

# DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA CYTOGENETYCZNEGO

## WYPEŁNIA PACJENT PEŁNOLETNI LUB RODZIC/OPIEKUN PRAWNY PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL pacjenta: .....

Telefon kontaktowy: .....

Adres e-mail: .....

Adres zamieszkania: .....

Pobrany ode mnie materiał biologiczny zostanie wykorzystany do diagnostyki cytogenetycznej w kierunku (nazwa badania/badań) .....

## ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A, ŻE:

- Pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki (proszę zaznaczyć właściwą pozycję):
  - weryfikacja rozpoznania klinicznego,
  - określenie predyspozycji do zachorowania na ww. chorobę genetyczną,
  - przeprowadzenie diagnostyki przedobjawowej.
- Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.
- Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki cytogenetycznej 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 Cytogenetycznego”.
- Wynik badania zostanie wysłany na wskazany w zamówieniu adres listem poleconym priorytetowym za potwierdzeniem odbioru.
- Laboratorium Euroimmun DNA deklaruje, że przekazany materiał biologiczny nie będzie przechowywany dłużej niż przez okres 1 miesiąca liczony od dnia otrzymania materiału.
- Uzyskałem/am od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 836, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

## WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału biologicznego do celu związanego z udziałem laboratorium Euroimmun DNA w zewnątrzlaboratoryjnym programie kontroli jakości.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych (tj. imię i nazwisko, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej) przez EUROIMMUN Polska Sp. z o.o., ul. Widna 2a, 50-543 Wrocław, w celu przesyłania informacji handlowych/marketingowych drogą elektroniczną.

TAK

NIE

Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego  
wyrażającego zgodę na badanie genetyczne

**Zgodnie z art. 13 RODO (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1) informuję, że:**

- Zostałem/łam poinformowany/a o konieczności przetwarzania moich danych osobowych w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej. Dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do ww. celów przez laboratorium, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
- Zostałem/łam poinformowany/a, że administratorem danych osobowych (w szczególności imię, nazwisko, PESEL, adres, adres poczty elektronicznej, numer telefonu) podanych w skierowaniu na badanie jest spółka EUROIMMUN POLSKA Sp. z o. o. z siedzibą we Wrocławiu (50-543), przy ul. Widnej 2a, e-mail: iod@euroimmun.pl.
- Dobrowolnie i świadomie zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez Spółkę w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej oraz udostępnieniem wyników badań. Podanie danych jest dobrowolne, lecz konieczne w celu wykonania ww. badań. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wprost określony w art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem iod@euroimmun.pl.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego