



SKIEROWANIE NA BADANIE MOLEKULARNE

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA (zaznaczyć właściwe)

- ☐ **Celiakia** - HLA-DQ2/DQ8
- ☐ **Nietolerancja laktozy** – analiza polimorfizmów genu LCT (-13910 oraz -22018)
- ☐ **PAKIET: celiakia i nietolerancja laktozy** - HLA-DQ2/DQ8 i analiza polimorfizmów genu LCT (-13910 oraz -22018)
- ☐ **PAKIET: nietolerancja laktozy i fruktozy** - analiza polimorfizmów -13910 i -22018 genu LCT oraz analiza mutacji A149P, A174D, N334D i del4E4 genu ALDOB
- ☐ **Spondyloartropatie seronegatywne** - HLA-B27
- ☐ **Łuszczyca, ŁZS** - HLA-Cw6
- ☐ **Hemochromatoza** - 4 SNP (H63D/C282Y/S65C/E168X)
- ☐ **Hemochromatoza** - 2 SNP (H63D/C282Y)
- ☐ **Metabolizm kwasu foliowego** - analiza polimorfizmów C677T oraz A1298C genu MTHFR
- ☐ **FV** - Mutacja Leiden w genie czynnika V
- ☐ **FII** - Mutacja 20210 G>A w genie czynnika II
- ☐ **FV, FII** - Mutacja Leiden w genie czynnika V oraz mutacja w genie czynnika II
- ☐ **Pakiet: FV, FII, MTHFR** - mutacja Leiden w genie czynnika V, mutacja w genie czynnika II, analiza polimorfizmów C677T oraz A1298C genu MTHFR
- ☐ **Pakiet: FV, FII, MTHFR, PAI-1, V R2** - FV, FII, MTHFR (C677T, A1298C), PAI-1, R2 czynnika V (u nosicieli mutacji Leiden)
- ☐ **ANXA5** – badanie haplotypu genu aneksyny A5
- ☐ **Pakiet: ANXA5** – pakiet ANXA5 dla przyszłych rodziców
- ☐ **Choroba Alzheimera i miażdżyca** – badanie genu ApoE (ε2, ε3 i ε4)
- ☐ **Zespół Gilberta** - Analiza liczby powtórzeń (TA)n w promotorze genu UGT1A1

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i nazwisko (drukowanymi literami):

.....

PESEL:.....

Adres korespondencyjny (miejsce przesłania wyniku):

.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

- ☐ wymaz z policzka ☐ krew EDTA

Data i godzina pobrania próbek do pacjenta (dz/m/r):

.....

INFORMACJE O TRANSFUZJI/PRZESZCZEPIE **

Zaznacz, jeśli u pacjenta wykonano:

- ☐ transfuzję ☐ przeszczep

Data transfuzji/przeszczepu (dz/m/r):

.....

**Badanie genetyczne można wykonać po 6 miesiącach od daty transfuzji, ponieważ istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku badania z próbki krwi.

PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

PIECZĘĆ LEKARZA KIERUJĄCEGO

DANE DO FAKTURY

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu Zleceniodawcy.

Data, podpis.....

Wypełnić jeśli są inne niż Jednostki Kierującej na badanie.

NIP - - -

Nazwisko i imię/Nazwa Jednostki Kierującej

.....

Adres:

.....

.....

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA MOLEKULARNEGO

Imię i nazwisko pacjenta:
PESEL pacjenta:
Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:
Adres zamieszkania:
Pobrany ode mnie/dziecka materiał biologiczny zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej w kierunku (nazwa badania/badań)
..... opartej na analizie DNA.

ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A, ŻE:

1. 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.
2. Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.
3. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej a datą wydania wyniku pacjent ukończy 16. rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody na Wykonanie Badania Molekularnego”.
4. Laboratorium Euroimmun DNA deklaruje, że przekazany materiał biologiczny nie będzie przechowywany dłużej niż przez okres 1 miesiąca liczony od dnia otrzymania materiału.
5. 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 przysyłanie przez „EUROIMMUN Polska” Sp. z o.o., ul. Widna 2a, 50-543 Wrocław, informacji handlowych (m.in. informacji o nowościach, newsletter) za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podany powyżej adres mailowy. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę odwołać zgodę, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

☐ TAK

☐ NIE

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO, dobrowolnie i świadomie zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonania diagnostyki oraz udostępnienia wyników badań. Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe.

.....
Miejscowość, data

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

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 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, RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest spółka „EUROIMMUN POLSKA” Sp. z o. o. z siedzibą we Wrocławiu (50-543) przy ul. Widnej 2a („ADO”). ADO ustanowił inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@euroimmun.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są:
 - 1) w celu wykonania zawartej umowy lub podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
 - 2) dla prawnie uzasadnionego interesu ADO w celach marketingowych, kontaktowych, analitycznych, archiwalnych, dochodzenia roszczeń związanych z umową (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
 - 3) dla wypełnienia obowiązku prawnego spoczywającego na ADO (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
 - 4) na podstawie wyrażonej wyrażnej zgody w jednym lub kilku konkretnych celach (art. 9 ust. 2 lit. a RODO) ;
 - 5) w celu prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
3. Dane osobowe mogą być przekazywane przez ADO do podmiotów zewnętrznych, takich jak uprawnione organy państwowe, współpracujące podmioty lecznicze i punkty pobrań, dostawcy usług informatycznych, prawniczych, księgowych i kurierskich.
4. Podanie danych jest dobrowolne, za wyjątkiem sytuacji, gdy prawo wymaga ich podania lub ich podanie jest niezbędne do wykonania przez ADO zawartej umowy. W takim wypadku, niepodanie niezbędnych danych skutkować będzie niemożnością świadczenia usług lub realizacji umowy.
5. ADO przetwarza dane osobowe w sposób zautomatyzowany. Dane podlegają profilowaniu.
6. Dane osobowe będą przechowywane, w przypadku przetwarzania danych osobowych:
 - 1) na podstawie zgody – do momentu odwołania zgody przez Panią/Pana bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - 2) w związku z wykonywaniem umowy – przez okres, w którym mogą ujawnić się roszczenia z nią związane;
 - 3) ze względu na prawnie uzasadnione interesy realizowane przez ADO lub stronę trzecią – do momentu złożenia sprzeciwu;
 - 4) w związku z Pani/Pana żądaniem podjęcia działań przed zawarciem umowy – dane osobowe zostaną niezwłocznie usunięte, jeżeli nie dojdzie do zawarcia umowy;
 - 5) dla wypełnienia obowiązku prawnego spoczywającego na ADO – w okresie wskazanym przez przepisy prawa.
7. Ma Pani/Pan następujące prawa: żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania; wniesienia skargi do organu nadzorczego; cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania opartego na art. 6 ust. 1 lit. f RODO.

.....
Miejscowość, data

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