

Data i podpis osoby przyjmującej zlecenie  
do EUROIMMUN DNA

# SKIEROWANIE NA BADANIE MOLEKULARNE CHOROBY I PREDYSPOZYCJE GENETYCZNE

## RODZAJ ZLECANEJ BADANIA (zaznaczyć właściwe)

- Celiakia** – HLA-DQ2/DQ8
- Nietolerancja laktozy** – 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
- PAKIET: celiakia i nietolerancja laktozy**
- PAKIET: celiakia i nietolerancja laktozy/fruktozy**
- Spondyloartropatie seronegatywne** – HLA-B27
- Łuszczycyca, ŁZS** – HLA-Cw6
- Hemochromatoza** – 4 SNP (H63D/C282Y/S65C/E168X)
- Hemochromatoza** – 2 SNP (H63D/C282Y)
- FV** – mutacja Leiden w genie czynnika V
- FII** – mutacja 20210 G>A w genie czynnika II
- MTHFR** – analiza polimorfizmów C677T oraz A1298C genu MTHFR
- Pakiet: FV, FII, MTHFR**
- Pakiet: FV, FII, MTHFR, PAI-1, V R2** (R2 czynnika V – u nosicieli mutacji Leiden)\*
- ANXA5** – badanie haplotypu genu aneksyny A5\*
- Pakiet: ANXA5** – pakiet ANXA5 dla przyszłych rodziców\*
- Chorobę Alzheimera i miażdżycyca** – badanie genu ApoE (ε2, ε3 i ε4)\*
- Zespół Gilberta** – analiza liczby powtórzeń (TA)n w promotorze genu UGT1A1 oraz mutacji G71R\*
- Metabolizm kofeiny** – badanie genotypu CYP1A2
- Ustalenie płci płodu** – XY ustalenie płci płodu testem PCR
- Choroba Leśniowskiego-Crohna** – analiza trzech mutacji w genie NOD2/CARD15\*
- Kariotyp\*\***

Materiałem do badania jest **krw EDTA lub wymaz z policzka** (wyjątki poniżej)\*Badanie wymaga pobrania **krwi EDTA lub dwóch wymazów z policzka**

Bardzo prosimy, aby pobrać wymazy w innych dniach lub tego samego dnia, ale o różnych porach z zaznaczeniem, która próbówka została pobrana w pierwszej, a która w następnej kolejności. Przed każdym pobraniem należy **co najmniej 2h** nic nie jeść, nie pić, nie żuć gumy, nie palić papierosów, nie mieć smoczka, nie myć zębów – nic nie może znajdować się w jamie ustanej – dlatego zaleca się pobieranie rano tuż po przebudzeniu. Pobrane wymazy do czasu wysyłki, proszę przechowywać w lodówce, opisane imieniem i nazwiskiem oraz datą i godziną pobrania materiału.

Instrukcję pobrania można również pobrać na stronie:

<https://www.euroimmundna.pl/formularze/>\*\*Badanie wymaga pobrania **krwi na heparynę**

## INFORMACJE O PACJENCIE ✓

Imię i nazwisko (drukowanymi literami):

.....

PESEL:.....

Adres:.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

Adres e-mail:.....

## INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM ✓

Zaznacz właściwe:

 wymaz z policzka krew EDTA inne .....

Data i godzina pobrania próbki od pacjenta (dz/m/r) oraz podpis osoby pobierającej:

.....

## INFORMACJE O TRANSFUZJI/PRZESZCZEPIE ✓

Badanie genetyczne można wykonać po 6 miesiącach od daty transfuzji, ponieważ istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku badania z próbki krwi. W takich przypadkach rekomendujemy pobranie wymazów z policzka.

Zaznacz właściwe:

 transfuzja (data dz/m/r) ..... przeszczep (data dz/m/r) ..... nie dotyczy

## PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ (dane do faktury)

.....

## PIECZĘĆ LEKARZA KIERUJĄCEGO

.....

# 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: ✓

- 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 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”.
- 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.
- Wynik zostanie przesłany drogą elektroniczną na podany w formularzu adres mailowy.

## 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 przesyłanie 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 wyrażonej 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