

Data i podpis osoby przyjmującej zlecenie
do EUROIMMUN DNA

SKIEROWANIE NA BADANIE MOLEKULARNE MARKERY NOWOTWOROWE

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA (zaznaczyć właściwe)

NOWOTWORY PIERSI I JAJNIKA

- BRCA1** – analiza 5 mutacji w genie BRCA1*
(c.5266dupC; c.181T>G; c.4035delA; c.68_69delAG; c.3700_3704 del GTAAA)
- BRCA2** – analiza mutacji w genie BRCA2 (c.5972 C>T)*
- Pakiet: BRCA1 i BRCA2** – mutacje jak powyżej*
- Pakiet: 11 mutacji w genach** – BRCA1, PALB2, CHEK2*
- Pakiet: 21 mutacji w 9 genach 1** – BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2, PHB, NBS1, NOD2, CDKN2A, CYP1B1**
- NGS** – BRCA1 i BRCA2*
- NGS** – BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2*

NOWOTWORY SZYJKI MACICY

- HPV 30** – genotypowanie 30 typów HPV

NOWOTWORY PROSTATY

- Podstawowe badanie predyspozycji do nowotworu prostaty** – 11 mutacji w 3 genach: HOXB13, BRCA1, CHEK2*
- NGS** – BRCA1, BRCA2, CHEK2, HOXB13, NBN, TP53*

NOWOTWORY JELITA GRUBEGO

- Badanie predyspozycji do nowotworu jelita grubego – bez historii rodzinnej** – 9 mutacji w 5 genach: MUTYH, CHEK2, NOD2, p16, NTHL1*
- Podstawowe badanie predyspozycji do polipowości j. grubego FAP** – 3 mutacje w egzonie 15 genu APC*
- Podstawowe badanie predyspozycji do nowotworu grubego w podejrzeniu zespołu Lynch** – główne mutacje w genach MLH1, MLH2 i MSH6*
- NGS** – APC, MLH1, MSH2, MSH6, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN, PMS2*

NOWOTWORY TRZUSTKI I JELITA GRUBEGO

- NGS** – APC, ATM, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, CDKN2A, EPCAM, FANCC, MEN1, MLH1, MSH2, MSH6, NF1, PALB2, PMS2, SMAD4, STK11, TP53, TSC1, TSC2, VHL*

CZERNIAK

- CDKN2A** – mutacja A148T genu CDKN2A*
- BRAF** – mutacja V600E genu BRAF (badanie z wycinka)

*Materiałem do badania jest krew EDTA lub **wymazy z policzka (dwa wymazy)****Materiałem do badania jest krew EDTA lub **wymazy z policzka (cztery wymazy)**

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/>

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
- wymaz z szyjki macicy
- wymaz z pochwy
- 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 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