

**ZLECENIE DO PRACOWNI BIOLOGII MOLEKULARNEJ
DIAGNOSTYKA MOLEKULARNA ZAKAŻEŃ BAKTERYJNYCH I WIRUSOWYCH**

Jednostka zlecająca (lub dane osoby zlecającej), adres.	Nr próbki (kod kreskowy próbki)
---	---------------------------------

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko		Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Data urodzenia	- -	PESEL
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość - w przypadku pacjenta nieposiadającego numeru PESEL:		

Adres zamieszkania i dane kontaktowe pacjenta:

Ulica, nr domu, nr mieszkania:	
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Adres e-mail:	Telefon kontaktowy:

Informacje o pobranym materiale biologicznym:

Rodzaj materiału: <input type="checkbox"/> mocz <input type="checkbox"/> wymaz z dróg moczowo-płciowych <input type="checkbox"/> krew pełna <input type="checkbox"/> płyn owodniowy <input type="checkbox"/> wymaz z jamy ustnej <input type="checkbox"/> wymaz z kanału szyjki macicy <input type="checkbox"/> inny:	
Data pobrania materiału:	Godzina pobrania materiału:
Dane osoby pobierającej materiał do badania:	
Uwagi o materiale:	
Odbiór wyniku (miejsce przesłania wyniku, dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku):	

Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki zlecającej. W innym przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych.

Wskazanie do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne:

Rozpoznanie:	Informacje o stosowanym leczeniu i transfuzjach:
--------------	--

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie molekularnych badań diagnostycznych

Wyrażam zgodę na pobranie ode mnie materiału biologicznego w celu izolacji kwasów nukleinowych i wykonania mikrobiologicznych i/lub wirusologicznych badań molekularnych.

Zostałem/am poinformowany/na, że:

- istnieje ryzyko degradacji kwasów nukleinowych w próbce (proces naturalny), dlatego może zaistnieć potrzeba ponownego pobrania materiału do badań.
- wyizolowany materiał genetyczny będzie przechowywany w odpowiednich warunkach do czasu wydania wyniku, a następnie zutylizowany.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację na Rzecz Programu Wczesnego Rozpoznawania Chorób Nowotworowych u Kobiet "Godula-Hope", do celów związanych z wykonaniem molekularnej diagnostyki mikrobiologicznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 24 maja 2018r., Poz. 1000).

.....
data, czytelny podpis pacjenta

LISTA BADAŃ DO ZAKREŚLENIA NA ODWROTNEJ STRONIE

ZLECENIE BADANIA DO PRACOWNI BIOLOGII MOLEKULARNEJ

DIAGNOSTYKA INFЕКCJI UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO (badania jakościowe, metoda: real-time PCR)

- Chlamydia trachomatis*
- Mycoplasma genitalium*
- Neisseria gonorrhoeae*
- Ureaplasma urealyticum* / *Ureaplasma parvum*

DIAGNOSTYKA WIRUSOLOGICZNA (badania jakościowe)

- HPV (HCR) DNA – wykrywanie i genotypowanie 14 typów HPV wysokoonkogennych (HR: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68), (metoda: real-time PCR)

.....
Pieczeńć i podpis lekarza zlecającego badanie *

(* Imię i nazwisko oraz nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość innej osoby upoważnionej do zlecenia badania.)