

**ZLECENIE BADANIA CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ ZŁUSZCZENIOWEJ,  
DIAGNOSTYKI INFЕКCJI UKŁADU MOCZOWO-PŁCIIOWEGO  
ORAZ DIAGNOSTYKI WIRUSOLOGICZNEJ W KIERUNKU GENOTYPOWANIA HPV**

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
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:	Tel.:

**Informacje o pobranym materiale biologicznym:**

Data pobrania materiału	D D M M R R R R	Godzina pobrania
Data przyjęcia materiału	D D M M R R R R	Godzina przyjęcia
Rodzaj pobranego materiału: <input type="checkbox"/> wymaz z szyjki macicy <input type="checkbox"/> inny (wskaz jaki) .....		
Uwagi o materiale:		

**Wskazanie do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne (wypełnić w przypadku zlecenia cytologii ginekologicznej złuszczeniowej):**

Rozpoznanie kliniczne: <input type="checkbox"/> badanie profilaktyczne <input type="checkbox"/> badanie kontrolne <input type="checkbox"/> ciąża.....Hbd <input type="checkbox"/> połóg <input type="checkbox"/> laktacja <input type="checkbox"/> ektopia <input type="checkbox"/> polip <input type="checkbox"/> stan zapalny <input type="checkbox"/> IUD Data ostatniej miesiączki..... Cykle miesiączkowe: <input type="checkbox"/> regularne <input type="checkbox"/> nieregularne <input type="checkbox"/> po menopauzie	Informacje o stosowanym leczeniu: <input type="checkbox"/> terapia hormonalna <input type="checkbox"/> HTZ <input type="checkbox"/> inne:.....
Czy był wcześniej nieprawidłowy wynik badania cytologicznego lub histopatologicznego: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak kiedy.....	
Wynik:.....	

**Rodzaj badania:**

<input type="checkbox"/> Cytologia ginekologiczna złuszczeniowa	<b>DIAGNOSTYKA WIRUSOLOGICZNA (badania jakościowe)</b>
<b>DIAGNOSTYKA INFЕКCJI UKŁADU MOCZOWO-PŁCIIOWEGO (badania jakościowe, metoda: real-time PCR) – lista badań (właściwe zakreślić)</b> <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma genitalium</i> <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <input type="checkbox"/> <i>Ureaplasma urealyticum / Ureaplasma parvum</i>	<input type="checkbox"/> 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)

**Odbiór wyniku – jednostka zlecająca**

.....  
Pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie\*

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

\*\* Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość – w przypadku pacjenta nieposiadającego numeru PESEL)

Data wydania 2024.06.24

Niniejszy dokument jest własnością Fundacji na Rzecz Programu Wczesnego Rozpoznawania Chorób Nowotworowych u Kobiet "Godula-Hope" i nie może być zmieniany lub powielany bez zgody Wydawcy.

## Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych

### Dane Pacjenta:

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

### Dane Opiekuna prawnego (w przypadku gdy osoba jest małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody):

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

### Oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykonanie badań genetycznych

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego  ode mnie  od dziecka  od mojego podopiecznego materiału w postaci  wymazu z szyjki macicy  innego (wskaż) .....

**Jestem świadoma/y, że pobrany materiał zostanie użyty w celu zleconej diagnostyki.**

**Zostałam także poinformowana o tym, że:**

1. Pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże może zaistnieć konieczność powtórnego pobrania materiału.
2. Wyzolowany materiał genetyczny będzie przechowywany w odpowiednich warunkach do czasu wydania wyniku, a następnie zutylizowany.
3. Istnieje możliwość nieuzyskania wyników z przyczyn technicznych.
4. Oświadczam, że w pełni zrozumiałam/em przekazane mi informacje dotyczące przeprowadzenia diagnostyki genetycznej oraz zakresu i istoty ewentualnych powikłań. Zostałam poinformowana/ny, że w dowolnym momencie mogę wycofać zgodę na przeprowadzenie badania.
5. Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody  na wykorzystanie wyniku badania bez danych osobowych Pacjenta do publikacji naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy medycznej w zakresie, którego dotyczy badanie.
6. Zrozumiałam/em, że badanie jest dobrowolne i że mogę zrezygnować z niego w każdej chwili bez podania powodu. Zostałam/em poinformowana/y, że rezygnacja z badania a w konsekwencji jego niewykonanie może mieć wpływ na przebieg dalszej opieki lekarskiej.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie do wyżej wymienionych celów wszystkich danych, w tym genetycznych, również mojej rodziny, ze względu na ich szczególny charakter np.: pochodzenie etniczne. Oświadczam, że w pełni zrozumiałam/em w jakim celu będą one pobierane, przetwarzane i archiwizowane (zgodnie z Polityką Prywatności dostępną na stronie [www.godulahope.pl](http://www.godulahope.pl)). Przekazane dane będą chronione zgodnie z obowiązującymi ustawami w tym zakresie.

zakreślić właściwe)

Data .....

(rodzica)

.....  
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta/opiekuna prawnego

Data .....

.....  
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta/ pomiędzy 16 – 18 r. z  
wymagane łącznie z podpisem opiekuna prawnego(rodzica)

Szanowny Panie/ Szanowna Pani,

W trosce o Pana/ Pani bezpieczeństwo, a także transparentność przetwarzania danych osobowych przez Fundację GODULA HOPE przekazujemy Panu/Pani, informacje dotyczące sposobu, w jaki Fundacja może wykorzystywać Pana/Pani dane osobowe zgodnie, z RODO. Informacje te stanowią uzupełnienie informacji dotyczących przetwarzania Pana/Pani danych osobowych, przekazanych przy założeniu dokumentacji medycznej lub w momencie podpisania formularzy zgód wyrażonych na dostęp do informacji, dokumentacji medycznej oraz na różnego rodzaju świadczone przez nas usługi medyczne. W związku z powyższym pragniemy poinformować Pana/Panią, że:

- Fundacja GODULA HOPE z siedzibą w Rudzie Śląskiej przy ul. Główniej 11 pawilon A1, jest administratorem Pana/Pani danych osobowych.

- Podanie danych osobowych w związku ze świadczonymi usługami medycznymi jest obowiązkowe. Ich niepodanie uniemożliwia dostęp do tych usług.

- Dane osobowe przetwarzane w związku ze świadczonymi przez nas usługami medycznymi w zakresie wszystkich realizowanych usług, ze szczególnym uwzględnieniem badań genetycznych będą przechowywane przez okres 20 lat lub dłużej, w wypadku wystąpienia innych wymagań określonych w ustawach. Więcej informacji na temat tego jak firma przechowuje dane osobowe można znaleźć w naszym regulaminie na stronie internetowej.

- Przetwarzanie danych osobowych dla celów wskazanych w dokumentacji medycznej oraz formularzach: upoważnienia do dostępu do dokumentacji oraz informacji medycznej oraz świadomej zgody, odbywa się na podstawie zgody udzielonej przez Pana/Panią, w zakresie realizacji obowiązku prawnego ciążącego na Fundacji GODULA HOPE. W związku z przepisami dotyczącymi Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, RODO, oraz niezbędności przetwarzania danych przez firmę do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym

- Przetwarzanie danych do celów marketingu bezpośredniego oferowanych usług medycznych, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu

- Jeśli wyraził Pan/Pani zgodę na wykorzystywanie swoich danych osobowych w ramach upoważnienia do dostępu do dokumentacji oraz informacji lub innych celach niż powyższe, przysługuje Panu/Pani prawo do wycofania zgody na przetwarzanie lub udostępnianie Pana/Pani danych osobowych w tym celu. Jeżeli chce Pan/Pani skorzystać z takiego prawa, proszę wysłać informację pisemnie - pocztą tradycyjną na adres siedziby Fundacji.

- Ma Pan/Pani prawo dostępu do danych oraz informacji zgromadzonych na Pana/Pani temat. Jeśli uważa Pan/Pani, że jakiegokolwiek informacje na Pana/Pani temat są błędne, może Pan/Pani poprosić na piśmie (mailem lub pocztą tradycyjną)

o ich sprostowanie lub usunięcie.

- Może Pan/Pani także poprosić nas o ograniczenie wykorzystania Pana/Pani danych osobowych, wnieść sprzeciw wobec ich przetwarzania, poprosić o cofnięcie wyrażonej wcześniej zgody dotyczącej dostępu do informacji i/lub dokumentacji medycznej, a także wykorzystywania do celów marketingowych.

- Jeśli zrezygnuje Pan/Pani ze świadczonych przez nas usług medycznych, nie będziemy mogli usunąć danych osobowych, które zabrano w celu świadczenia tych usług przez okres zgodny z obowiązującymi rozporządzeniami w tym zakresie.

- Jeżeli ma Pan/Pani pytania dotyczące wykorzystania przez Pana/Pani danych osobowych lub chciałby/chciałaby Pan/Pani otrzymać informację dotyczącą informacji przedstawionych powyżej proszę zapoznać się z regulaminem umieszczonym na naszej stronie www. lub skontaktować się z nami pocztą tradycyjną.

- Jeśli uzyskane odpowiedzi Pana/Pani nie usatysfakcjonują, może Pan/Pani złożyć skargę do lokalnego organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

Data .....  
(rodzica)

.....  
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta/opiekuna prawnego

Data .....

.....  
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta/ pomiędzy 16 – 18 r. z  
wymagane łącznie z podpisem opiekuna prawnego(rodzica)