

## ZLECENIE DO PRACOWNI CYTOGENETYKI DIAGNOSTYKA PRENATALNA (AMNIOCYTY, KOSMÓWKA)

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

### Dane Pacjenta (Wypełnia Pacjent)

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

### Adres zamieszkania i dane kontaktowe Pacjenta (Wypełnia Pacjent)

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

### Informacje o pobranym materiale biologicznym (Wypełnia Osoba pobierająca/przyjmująca materiał do badania)

Rodzaj materiału: <input type="checkbox"/> krew pełna <input type="checkbox"/> inny: .....		
Data pobrania materiału	D D - M M - R R R R	Godzina pobrania materiału
Data przyjęcia materiału	D D - M M - R R R R	Godzina przyjęcia materiału
Podpis osoby pobierającej materiał do badania:		Podpis osoby przyjmującej materiał do badania:
Uwagi o materiale:		
Odbiór wyniku (miejsce przesłania wyniku, dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku):		

### Informacje o zleceniu (Wypełnia Lekarz)

Kod badania	Data wystawienia zlecenia	D D - M M - R R R R
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.)	Podpis i pieczęć lekarza kierującego	

**INFORMACJE OBJĘTE TAJEMNICĄ ZAWODOWĄ (LEKARZA I DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO)**  
**DANE KLINICZNE (Wypełnia Lekarz)**

**Wskazanie do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne (Wypełnia Lekarz)**

Wskazanie do badania:	Ciąża wielopłodowa <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Data ostatniej miesiączki: ..... Tydzień ciąży według OM: ..... Tydzień ciąży według USG: .....
-----------------------	--

**Wywiad kliniczny matki**

**Narażenie na czynniki szkodliwe**  NIE  TAK, jeżeli TAK to jakie: .....

**Przyjmowane leki**  NIE  TAK, jeżeli TAK to jakie: .....

**Badanie RTG przed ciążą lub w czasie ciąży**  NIE  TAK, jeżeli TAK to jakie, kiedy i jak często: .....

**Dotychczasowe ciążę:** Wcześniejsze ciążę: ILE  Porody: ILE  Poronienia: ILE  Martwe urodzenia: ILE

Uwagi: Przypuszczalne przyczyny nieprawidłowego przebiegu ciąży (porodu), poronienia – podać choroby w czasie ciąży, przyjmowane leki itp. Czy u płodu (dziecka) stwierdzono wady rozwojowe (jakie?). Inne informacje: .....

**Informacje o wykonanych badaniach**

Czy u Pacjenta wykonano badanie genetyczne  NIE  TAK – wynik badania: .....

UWAGI lekarza kierującego dotyczące obecnej ciąży

**Wywiad kliniczny ojca**

**Narażenie na czynniki szkodliwe**  NIE  TAK, jeżeli TAK to jakie: .....

**Przyjmowane leki**  NIE  TAK, jeżeli TAK to jakie: .....

**Badanie RTG przed ciążą lub w czasie ciąży**  NIE  TAK, jeżeli TAK to jakie, kiedy i jak często: .....

**Informacje o wykonanych badaniach**

Czy u Pacjenta wykonano badanie genetyczne  NIE  TAK – wynik badania: .....

**Wywiad rodzinny matki (rodzice, dzieci, rodzeństwo):**

Czy w rodzinie Pacjenta rozpoznano chorobę o podłożu genetycznym, choroby układu nerwowego, wady serca i inne  
 NIE  TAK

Stopień pokrewieństwa	Rodzaj schorzenia i wiek zachorowania
-----------------------	---------------------------------------

**Wywiad rodzinny ojca (rodzice, dzieci, rodzeństwo):**

Czy w rodzinie Pacjenta rozpoznano chorobę o podłożu genetycznym, choroby układu nerwowego, wady serca i inne  
 NIE  TAK

Stopień pokrewieństwa	Rodzaj schorzenia i wiek zachorowania
-----------------------	---------------------------------------

**Rodzaj zlecanego badania**

Kod badania	Rodzaj badania: Badanie cytogenetyczne <input type="checkbox"/> Oznaczenie FISH <input type="checkbox"/> Badania molekularne (aCGH) <input type="checkbox"/>
-------------	--

**Oświadczenie Lekarza**

Oświadczam, że Pacjentowi/Rodzicowi/Opiekunowi prawnemu zostały udzielone przeze mnie dokładne informacje odnośnie celu i ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego/ujemnego lub nieinformatywnego.

Data	Pieczęć i podpis lekarza
------	--------------------------

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											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 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  krwi pełnej  innego (wskaz) .....

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

**Zostałam/em także poinformowana/y o tym, że:**

- Pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże może zaistnieć konieczność powtórnego pobrania materiału.
- Istnieje możliwość nieuzyskania wyników z przyczyn technicznych.
- W niektórych sytuacjach wynik badań może być niejednoznaczny lub niewłaściwie zinterpretowany, gdy:
  - pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane,
  - wykonano transfuzję krwi w ciągu 2 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych,
  - był wykonany przeszczep szpiku kostnego.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 .....

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

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)