

ZLECENIE DO PRACOWNI CYTOGENETYKI DIAGNOSTYKA POSTNATALNA (LIMFOCYTY)

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)

Wskazanie do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne (*Wypełnia Lekarz a w przypadku badań bez skierowania - Pacjent*)

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:

Czy była wykonywana transfuzja krwi i/lub przeszczep szpiku kostnego NIE TAK

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:

Czy była wykonywana transfuzja krwi i/lub przeszczep szpiku kostnego NIE TAK

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 Oznaczenie FISH Badania molekularne (aCGH)

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

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 (wskaż)

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

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

1. Pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże może zaistnieć konieczność powtórnego pobrania materiału.
2. Istnieje możliwość nieuzyskania wyników z przyczyn technicznych.
3. 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.
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). 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. ż
 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)