

## WYPEŁNIA LABORATORIUM

Data / godzina / podpis osoby przyjmującej materiał	Kodowanie wewnątrz laboratoryjne																		
Uwagi																			


**ZLECENIE BADANIA GENETYCZNEGO W KIERUNKU PREDYSPOZYCJI DO ZACHOROWANIA NA CHOROBY NOWOTWOROWE**

 Laboratorium Medyczne SYNEVO Kraków, Pracownia Biologii Molekularnej  
 Synevo Sp. z o.o. ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków, Kom.: 515 088 883

## INFORMACJE O OSOBE BADANEJ

Nazwisko i imię drukowanymi literami		Kod kreskowy zlecenia	
PESEL (w przypadku braku PESEL nr i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość)		Data urodzenia	D D M M R R R R
Adres miejsca zamieszkania lub Oddział Szpitalny		Telefon kontaktowy	
Płeć	<input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> nieustalona	Pochodzenie etniczne	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne .....

## INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj pobranego materiału: <input type="checkbox"/> Krew obwodowa <input type="checkbox"/> Wymaz z błony śluzowej policzka <input type="checkbox"/> Inny:..... <input type="checkbox"/> Próbkę DNA: – metoda izolacji..... – objętość/stężenie.....	Data pobrania	D D M M R R R R
	Godzina pobrania materiału	
	Podpis osoby pobierającej materiał	

## INFORMACJE O ZLECENIU

Kod badania* wymagane wpisanie		Data wystawienia zlecenia	D D M M R R R R
Pieczęć oddziału/jednostki zlecającej. Dane do faktury.	Pieczęć i podpis lekarza kierującego.	Miejsce przesłania wyniku: wynik jest wysyłany domyślnie do jednostki kierującej. W innym przypadku proszę o podanie danych adresowych.	

**UWAGA:** Warunkiem wykonania badania jest dokładne wypełnienie znajdującego się na odwrocie formularza danych klinicznych osoby badanej oraz informacji nt. wywiadu rodzinnego. Ponadto do zlecenia należy obowiązkowo dołączyć prawidłowo wypełnioną deklarację świadomej zgody na wykonanie molekularnego badania genetycznego (druk DG-11-2022) podpisaną przez osobę badaną i/lub jej opiekuna prawnego).

**WYPEŁNIA LEKARZ\*** - INFORMACJE OBJĘTE TAJEMNICĄ ZAWODOWĄ LEKARZA / DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO

\* w przypadku zleceń indywidualnych wypełnia zleceniodawca

**DANE KLINICZNE PACJENTKI/PACJENTA**Czy Pacjentce/Pacjentowi w ostatnich trzech miesiącach przetaczano krew lub preparaty krwiiopochodne? .....  TAK  NIECzy Pacjentkę / Pacjenta poddano kiedykolwiek zabiegowi przeszczepienia szpiku kostnego? .....  TAK  NIECzy u Pacjentki/Pacjenta rozpoznano kiedykolwiek chorobę nowotworową? .....  TAK  NIE

W przypadku odpowiedzi TAK na ostatnie pytanie proszę wypełnić poniższe pola.

Kolejne nowotwory	Wiek lub rok zachorowania (np. 35 lat lub 2010)	Rodzaj nowotworu (np. złośliwy rak piersi lewej)
1		
2		
3		

Czy u Pacjentki/Pacjenta wykonywano kiedykolwiek badania genetyczne? .....  TAK  NIE

W przypadku odpowiedzi TAK proszę wypełnić poniższe pola.

Badany gen (np. BRCA1)	Badany materiał (np. krew, śluzówka, tkanka guza)	Rodzaj analizy (np. najczęstsze mutacje, NGS, MLPA)	Wynik badania (proszę dokładnie opisać mutację [jeżeli ją wykryto] i/lub załączyć kopię wyniku)

**WYWIAD RODZINNY W KIERUNKU NOWOTWORÓW**Czy w rodzinie Pacjentki/Pacjenta rozpoznano kiedykolwiek chorobę nowotworową? .....  TAK  NIE

W przypadku odpowiedzi TAK proszę wypełnić poniższe pola.

Jeżeli u jednej osoby wystąpił więcej niż jeden nowotwór proszę uzupełnić rubryki osobno dla każdego nowotworu.

Stopień pokrewieństwa (np. matka, córka brata matki, dziadek ze strony matki itp.)	Wiek zachorowania i ew. śmierci (np. 55 lat / zm. 60 lat)	Rodzaj nowotworu (np. rak jajnika)	Wynik badania genetycznego (jeżeli wykonywano; proszę podać nazwę genu i wykrytą mutacją i/lub załączyć kopię wyniku)

**INNE ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTKI/PACJENTA LUB CZŁONKÓW RODZINY**

--

**OŚWIADCZENIE LEKARZA**

Oświadczam, że udzieliłem Pacjentce/Pacjentowi lub rodzicowi/opiekunowi prawnemu Pacjentki/Pacjenta dokładnych informacji na temat celów i ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nieinformatywnego dla osoby badanej i członków jej rodziny.

.....  
Miejscowość i data.....  
Pieczęć i podpis lekarza

## WYPEŁNIA LABORATORIUM

Data / godzina / podpis  
osoby przyjmującej materiałKod kreskowy  
zlecenia

Uwagi

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE  
MOLEKULARNEGO BADANIA GENETYCZNEGOLaboratorium Medyczne SYNEVO Kraków, Pracownia Biologii Molekularnej  
Synevo Sp. z o.o. ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków, Tel. Kom.: 515 088 883

## DANE PACJENTA

Nazwisko i imię  
drukowanymi literamiPESEL (w przypadku braku  
PESEL nr i nazwa dokumentu  
potwierdzającego tożsamość)

Data urodzenia

D D M M R R R R

Adres kontaktowy

Telefon  
kontaktowy

## DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA\*

\* wypełnić w przypadku osób niepełnoletnich lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody na badanie genetyczne

Nazwisko i imię  
drukowanymi literamiPESEL (w przypadku braku  
PESEL nr i nazwa dokumentu  
potwierdzającego tożsamość)

Data urodzenia

D D M M R R R R

Adres kontaktowy

Telefon  
kontaktowy

## ZGADZAM SIĘ na pobranie

- ode mnie     od mojego dziecka     od mojego podopiecznego  
 wymazu z błony śluzowej policzka     krwi obwodowej     fragmentu tkanki

w celu izolacji DNA oraz wykonania badań genetycznych w kierunku:

.....  
(należy podać nazwę diagnozowanej jednostki chorobowej / gen / kod systemowy badania)

Oświadczam, że:

- Pobrany materiał pochodzi w całości od osoby wskazanej powyżej jako Pacjent
- Otrzymałam/em wyczerpujące informacje na temat celów i ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nieinformatywnego dla osoby badanej i członków jej rodziny. Miałam/em dostatecznie dużo czasu do namysłu i mogłam/em zadawać dodatkowe pytania. Zostałam/em poinformowany, że podane przeze mnie dane oraz wyniki badań są objęte tajemnicą zawodową lekarza i diagnosty laboratoryjnego.
- Zostałam/em poinformowana/y o istocie podejrzewanej choroby lub predyspozycji genetycznej i znaczeniu diagnostycznym planowanego do wykonania badania, w tym o jego celu, rodzaju, zakresie i przydatności klinicznej.
- Zostałam/em poinformowana/y o zagrożeniach związanych z testem genetycznym, w tym związanych z pobraniem materiału do badania.
- Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku, gdy pobrany materiał nie spełni kryteriów jakości, może być potrzebne ponowne pobranie materiału do wykonania badania.
- Zostałam/em poinformowana/y o prawie do wycofania zgody na badanie w dowolnym momencie. Mam także prawo do świadomej rezygnacji z uzyskania informacji o wynikach badania. Złożenie tych oświadczeń musi nastąpić pisemnie na adres korespondencyjny Synevo Sp. z o.o. i nie skutkuje prawem do zwrotu zapłaconych za wykonanie badania kwot.
- Zostałam/em poinformowany/a o konieczności interpretacji wyników badań przez specjalistę w dziedzinie genetyki klinicznej.
- Zostałam/em poinformowana/y, że administratorem danych osobowych osoby badanej (tzn. moich, mojego dziecka lub mojego podopiecznego) jest Synevo Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie. (Podstawą prawną przetwarzania danych w zakresie prowadzenia działalności leczniczej, w tym także w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, jest art. 9 ust. 2 lit. h RODO, w powiązaniu z przepisami krajowego prawa medycznego. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się do celów związanych z wykonywaniem diagnostyki genetycznej. Przysługuje mi prawo do: wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, dostępu do moich danych osobowych, żądania ich sprostowania, żądania ograniczenia ich przetwarzania, żądania ich usunięcia i przenoszenia. Pełna informacja o administratorze danych osobowych jest dostępna w każdym punkcie pobrań Synevo oraz na stronie internetowej Synevo Sp. z o.o., w zakładce polityka prywatności [www.synevo.pl/polityka-prywatnosci/](http://www.synevo.pl/polityka-prywatnosci/) )
- Informacje, które otrzymałam/em są dla mnie wystarczające do świadomego udzielenia zgody na badanie.

.....  
Miejscowość i data.....  
Podpis pacjenta.....  
Podpis rodzica / opiekuna prawnego