



UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE

Zakład Immunologii Klinicznej

ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

tel. 12 658-20-11 wew. 1387, 1457

Pracownia Diagnostyki Molekularnej

Zaburzeń Odporności

tel. 12 658-20-11 wew. 1387, 1436

kod res.: I 000000018602 cz V 03, VII 055;059

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE W DIAGNOSTYCE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI

DANE PACJENTA <i>(proszę wypełnić drukowanymi literami)</i>		
Nazwisko: Imię:		
Data urodzenia:		
Pesel:		
Płeć:	K: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	
Nr USD Nr PG		
Rodzik / Opiekun / Przedstawiciel ustawowy pacjenta <i>(w przypadku osoby małoletniej/ ubezwłasnowolnionej)</i>		
Nazwisko: Imię:		
Pesel:		
Telefon kontaktowy:		
Zlecane badanie: <i>(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)</i>		
Nazwa badanego genu		
Kod badania (wg oferty USD Kraków)		
Wskazania do badania: <i>(podejrzanie pierwotnego niedoboru odporności/ wykonane badania)</i>		
Informacje dodatkowe <i>(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)</i>		
Choroby genetyczne w rodzinie	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, jakie:
Czy wykonywano inne badania genetyczne	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, jakie:
Transfuzja w przeciągu ostatnich 3 miesięcy	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	<i>Badanie molekularne można wykonać po okresie 3 miesięcy w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku</i>

INFORMACJE O ZLECENIODAWCY <i>(Dane Jednostki kierującej/ w przypadku osób prywatnych Imię i Nazwisko)</i>		
Pieczęć jednostki: adres, telefon:		
stanowisko kosztów:		
Imię i nazwisko (pieczęć) lekarza kierującego:		
Adres celem wysłania wyniku: (jeżeli inny niż zleceniodawcy)		
Informacje o materiale biologicznym		
Rodzaj materiału:	Krew na EDTA: Szpik: Inny:	
Data pobrania:		
Godzina pobrania:		
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał:		
Deklaracja świadomej zgody		
Czy deklaracja Świadomej Zgody została podpisana?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Przyjęcie materiału do laboratorium: <i>(Wypełnia osoba przyjmująca materiał)</i>		
(Data przyjęcia materiału do laboratorium)	(Osoba odbierająca materiał)	(uwagi)



UNIwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Zakład Immunologii Klinicznej

ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

tel. 12 658-20-11 wew. 1387, 1457

Pracownia Diagnostyki Molekularnej

Zaburzeń Odporności

tel. 12 658-20-11 wew. 1387, 1436

kod res.: I 000000018602 cz V 03, VII 055;059

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE GENETYCZNE W DIAGNOSTYCE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI

DANE PACJENTA <i>(proszę wypełnić drukowanymi literami)</i>		Rodzic / Opiekun / Przedstawiciel ustawowy pacjenta <i>(w przypadku osoby małoletniej/ ubezwłasnowolnionej)</i>	
Nazwisko Imię:		Nazwisko Imię:	
Data urodzenia:		Pesel:	
Pesel:		telefon kontaktowy:	
Płeć:	K: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	Adres zamieszkania	
Nr USD Nr PG			
Informacje o materiale biologicznym			
Rodzaj materiału biologicznego:	Krew na <input type="checkbox"/> EDTA: Szpik: <input type="checkbox"/> Inny:.....		

OŚWIADCZENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/mojego dziecka* materiału w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu:

- Określenia rodzaju nieprawidłowości warunkującej wystąpienie pierwotnego niedoboru odporności
 Określenia predyspozycji genetycznej do wystąpienia choroby

*niepotrzebne skreślić

Zostałem poinformowany o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym planowanych badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla zrealizowania ustawowych zadań i uprawnień.

Zostałem także poinformowany o tym, że:

1. Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach przez okres 12 miesięcy, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
2. W szczególnych przypadkach ilość wyizolowanego DNA może być zbyt niska do przeprowadzenia badań i może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
3. Wyizolowane DNA będzie przechowywane i może zostać anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych, mających na celu poszerzenie wiedzy na temat genetycznego podłoża chorób.
4. W niektórych sytuacjach wynik badania molekularnego może być nieinformacyjny/niejednoznaczny. W takim przypadku informacyjny wynik analizy DNA nie zostanie wydany. Próbkę DNA zostanie poddana ponownemu badaniu po wdrożeniu nowych metod diagnostycznych.

W przypadku braku zgody na anonimowe użycie DNA do badań naukowych, proszę zaznaczyć krzyżykiem NIE WYRAŻAM ZGODY

..... Data	Piecątka imienna i podpis lekarza kierującego
..... podpis pacjenta/ rodzica/ opiekuna prawnego	