

ZLECENIE BADANIA GENETYCZNEGO W MATERIALE Z PORONIENIA

Ważne!

Badanie wykonujemy wyłącznie z fragmentu kosmówki.

Do badania nie przyjmujemy:

- całego zarodka
- całego płodu
- fragmentów płodu
- materiału utrwalonego w formalinie

Do zlecenia badania prosimy dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego ciążę (np. karta ciąży, karta informacyjna ze szpitala, wynik badania histopatologicznego).

UWAGA!

Świeżo pobrany materiał należy dostarczyć najszybciej po pobraniu.

Czas od pobrania do dostarczenia do Gyncentrum Sp. z o.o. nie powinien przekraczać **48 godzin**

Gyncentrum Sp. z o. o. nie ponosi odpowiedzialności za pobór i niewłaściwe warunki transportu materiału do badania.

W przypadku uzyskania wyniku nieinformatywnego lub braku możliwości uzyskania wyniku dla powierzonego materiału poronnego zwrócona zostanie część opłaty za badanie – zleceniodawca ponosi koszt preparatyki, oceny i analizy wstępnej materiału

I. DANE SKŁADAJĄCEGO ZLECENIE

Imię:	<input type="text"/>	Nazwisko:	<input type="text"/>
Data urodzenia:	<input type="text"/>	Pochodzenie etniczne:	<input type="text"/>
PESEL*:	<input type="text"/>	Płeć:	<input type="radio"/> K
* W przypadku braku, numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość			
Adres zamieszkania:	<input type="text"/>		
	Adres e-mail:	<input type="text"/>	
	Nr telefonu:	<input type="text"/>	

II. ODBIÓR WYNIKU

<input type="checkbox"/> osobiście	<input type="checkbox"/> elektronicznie na adres e-mail:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> listownie	<input type="text"/>	
Adres do korespondencji. Wypełnić w przypadku przesłania wyniku na inny adres niż podany w pkt. I.		

III. INFORMACJE O POBRANYM MATERIALE

Data pobrania materiału:	<input type="text"/>	Godzina pobrania materiału:	<input type="text"/>
Miejsce pobrania materiału:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> dom	<input type="checkbox"/> szpital	Nazwa i adres szpitala	
Osoba pobierająca materiał:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> lekarz	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> położna	<input type="text"/>
	Imię i nazwisko		Imię i nazwisko
<input type="checkbox"/> pacjentka			
RODZAJ MATERIAŁU:			
<input type="checkbox"/> materiał poronny w postaci kosmówki w soli fizjologicznej (ok. 20 mg)	<input type="checkbox"/> materiał poronny w bloczku parafinowym (wymaga się aby wraz z bloczkiem dostarczyć wykonany z niego preparat histopatologiczny)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nr bloczka	Nr preparatu hist-pat	

IV. DANE KLINICZNE PACJENTKI

Ciąża: pojedyncza bliźniacza
(w przypadku ciąży bliźniaczej należy dostarczyć ksero dokumentu określającego rodzaj ciąży)

Czy określono płeć dziecka? K M Nie

Jakie badanie zdefiniowało płeć dziecka? USG inne badanie definiujące płeć dziecka. Jakie?

Tydzień ciąży:

Dotychczasowe ciąże:
Liczba urodzeń Liczba poronień

V. RODZAJ BADANIA

Zakreślić wybraną opcję znakiem „X”

BADANIA TKANEK NIEUTRWALONYCH (ŚWIEŻYCH):

- Identyfikacja płci w materiale z poronienia**
czas oczekiwania na wynik do 10 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium
- Identyfikacja płci wraz z określeniem aberracji liczbowych chromosomów 13, 15, 16, 18,21, 22, ,X,Y**
czas oczekiwania na wynik do 10 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium
- Identyfikacja płci wraz z określeniem aberracji liczbowych i mikroaberracji wszystkich chromosomów**
czas oczekiwania na wynik do 21 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium
- Kariotyp z kosmówki po poronieniu**
czas oczekiwania na wynik do 21 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium
- Badanie materiału z poronienia w kierunku ustalenia płci płodu met. FISH**
czas oczekiwania na wynik 5 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium
- Kariotyp z fibroblastów skóry**
czas oczekiwania na wynik 28 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium

BADANIE TKANEK UTRWALONYCH (BLOCZEK PARAFINOWY):

- Identyfikacja płci genetycznej w materiale z poronienia z bloczka parafinowego**
czas oczekiwania na wynik do 10 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium
- Identyfikacja płci wraz z określeniem aberracji liczbowych chromosomów 13, 15, 16, 18,21, 22, ,X,Y**
czas oczekiwania na wynik do 10 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium

Laboratorium zastrzega sobie prawo wyboru techniki dla przeprowadzenia badania.

VI. PŁATNOŚĆ ZA BADANIE

Płatności za badanie można dokonać gotówką lub kartą w klinikach Gyncentrum.

Dostarczony do badania materiał biologiczny określony w pkt. III zlecenia jest poddawany wstępnej ocenie w celu określenia czy możliwe jest przeprowadzenie badania. W przypadku niewłaściwego materiału tj. **brak kosmówki, materiał utrwalony w formalinie, zdegradowany, zanieczyszczony** Gyncentrum Sp. z o. o. odstępuje od badania, telefonicznie informując o tym zleceniodawcę. Zleceniodawcy zostanie zwrócona wpłacona należność pomniejszona o koszty preparatyki, oceny i analizy wstępnej na wskazany numer rachunku bankowego w terminie 10 dni.

W tym celu prosimy o podanie numeru konta bankowego, na który ma zostać zwrócona wpłacona kwota:

Imię i nazwisko właściciela konta:

Ważne! Do zlecenia badania genetycznego materiału biologicznego z poronienia należy dołączyć wypełnione i podpisane dokumenty:

- Deklarację świadomej zgody na wykonanie badania genetycznego (Załącznik nr 1)
- Oświadczenie o pobranym materiale, upoważnienie do informacji o stanie zdrowia, udzielanych świadczeniach zdrowotnych przez Gyncentrum Sp. z o. o. oraz do dokumentacji medycznej (Załącznik nr 2)
- Klauzulę informacyjną (Załącznik nr 3)

Gyncentrum Sp. z o.o. przystąpi do badania zgodnie z treścią zlecenia jeżeli do dostarczonego materiału dołączona będzie kompletna, należyście uzupełniona i podpisana dokumentacja ze wszystkimi załącznikami oraz została dokonana wpłata za wybrane badanie i został dołączony dowód uiszczenia opłaty za badanie.

VII. WYPEŁNIA PRZYJMUJĄCY ZLECENIE

Kod materiału

Data i godzina przyjęcia materiału

Uwagi o materiale

Załącznik nr 1 do zlecenia

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO W MATERIALE Z PORONIENIA

DANE SKŁADAJĄCEGO ZLECENIE

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

* W przypadku braku, numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres zamieszkania:

Ja niżej podpisana:

- Wyrażam zgodę na użycie pobranego materiału biologicznego pochodzącego z poronionego zarodka/płodu w celu wykonania badań w kierunku określenia płci i/lub aberracji chromosomowych zleconych w punkcie V Zlecenia.
- Oświadczam, że poinformowano mnie o istocie badania oraz jego znaczeniu.
- Zostałam poinformowana o tym, że w przypadku gdy cały przekazany materiał w postaci kosmówki lub w postaci tkanki umieszczonej w bloczku parafinowym zostanie wykorzystany do badania, brak jest możliwości odebrania próbki od Gyncentrum Sp. z o. o.
- Zostałam poinformowana o tym, że:
 - materiał biologiczny z płodu będzie przechowywany w Gyncentrum Sp. z o. o. do czasu wydania wyniku;
 - pobraną materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, niemniej istnieje ryzyko degradacji DNA z przyczyn naturalnych, co może uniemożliwić wykonanie niektórych badań lub uzyskanie wyniku nieinformatywnego;
 - badania genetyczne wymagają izolacji i przechowania DNA na czas przeprowadzenia badania, po wykonaniu badania i wydaniu wyniku materiał genetyczny w postaci DNA zostanie zniszczony;
 - istnienie możliwość nieuzyskania wyniku z przyczyn technicznych;
 - w niektórych przypadkach gdy dochodzi do zanieczyszczenia DNA płodu/zarodka materiałem DNA matki lub o innym profilu wynik może być nieinformatywny;
 - Gyncentrum Sp. z o. o. nie ponosi odpowiedzialności za niewłaściwe pobranie, kontaminację (zanieczyszczenie materiałem o innym profilu genetycznym) oraz niewłaściwie wykonaną usługę transportową;
 - w zakres badania nie wchodzi specjalistyczna porada genetyka klinicznego;
 - jest mi znany typ badania, warunki jego realizacji, cena za wykonanie badania oraz termin realizacji.

Miejscowość, data

Czytelny podpis zlecającego

Załącznik nr 2 do zlecenia

OŚWIADCZENIE O POBRANYM MATERIALE BIOLOGICZNYM Z PORONIENIA

DANE SKŁADAJĄCEGO ZLECENIE

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

* W przypadku braku, numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres zamieszkania:

Ja niżej podpisana oświadczam, że w przypadku stwierdzenia przez Gyncentrum Sp. z o. o. w dostarczonym materiale biologicznym do badania całego zarodka/płodu lub jego fragmentów (będących zwłokami w myśl § 2 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi):

1. (Zakreślić Wybraną opcję znakiem „X”)

Wyrażam wolę odebrania zarodka/płodu lub jego fragmentów, również przez upoważniony przeze mnie zakład pogrzebowy, w terminie 14 dni od dnia telefonicznego powiadomienia przez Gyncentrum Sp. z o.o. na numer telefonu wskazany w zleceniu oraz zorganizowania na swój koszt, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, pochówku zarodka/płodu lub jego fragmentów.

Wyrażam wolę i zgodę na pochówek zarodka płodu lub jego fragmentów i w tym celu upoważniam i udzielam Gyncentrum Sp. z o. o. pełnomocnictwa do wykonania i zorganizowania pochówku zarodka/płodu lub jego fragmentów oraz wyrażam jednocześnie wolę i zgodę na przekazanie zarodka/płodu lub jego fragmentów w celu kremacji przez Katowickie Cmentarze Komunalne, ul. Murckowska 9, 44-266 Katowice*

* Organizacja pochówku przez Gyncentrum Sp. z o. o. możliwa jest jedynie w uzasadnionych przypadkach i po wcześniejszym uzgodnieniu z Laboratorium Gyncentrum.

Ważne! Udzielając pełnomocnictwa Gyncentrum Sp. z o. o. do wykonania i zorganizowania pochówku zarodka/płodu należy wydrukować i podpisać niniejszy załącznik w dwóch egzemplarzach.

2. W przypadku gdy pomimo deklaracji w zakresie odebrania zarodka/płodu o której mowa w pkt. 1 niniejszego oświadczenia nie odbiorę w celu pochówku zarodka/płodu lub jego fragmentów w terminie wskazanym w pkt. 1 niniejszego oświadczenia, to wyrażam wolę i zgodę na pochówek zarodka płodu lub jego fragmentów i w tym celu upoważniam i udzielam Gyncentrum Sp. z o. o. pełnomocnictwa do wykonania i zorganizowania pochówku zarodka płodu lub jego fragmentów oraz wyrażam jednocześnie wolę i zgodę na przekazanie zarodka/płodu lub jego fragmentów w celu kremacji przez Katowickie Cmentarze Komunalne, ul. Murckowska 9, 44-266 Katowice.

3. Jednocześnie oświadczam, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność w związku z udzieleniem zezwoleń wskazanych powyżej, a jakiegokolwiek powstałe w przyszłości roszczenia członków rodziny oraz ich następców prawnych w zakresie prawa do pochówku, mogą być kierowane tylko w stosunku do mojej osoby z wyłączeniem jakiegokolwiek odpowiedzialności Gyncentrum Sp. z o. o.

Miejscowość, data

Czytelny podpis zlecającego

Załącznik nr 3 do zlecenia

KLAUZULA INFORMACYJNA

DANE SKŁADAJĄCEGO ZLECENIE

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

* W przypadku braku, numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres zamieszkania:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gyncentrum Sp. z o. o. z siedzibą w Katowicach (40-851), ul. Żelazna 1.

2. Osobą kontaktową w sprawach ochrony danych osobowych w Gyncentrum Sp. z o. o. jest Inspektor Ochrony Danych dostępny pod adresem e-mail: iod@gyncentrum.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w następujących celach:

- ochrony stanu zdrowia pacjentów, świadczenia na rzecz pacjentów usług medycznych, oraz prowadzenia medycznych badań genetycznych przez Gyncentrum Sp. z o. o.

- zamówienia na realizację poradnictwa genetycznego przez Gyncentrum Sp. z o. o., badań diagnostycznych i innego świadczenia zdrowotnego

- przekazywania pacjentom wyników laboratoryjnych, udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz udostępniania dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta osobie najbliższej przez niego wskazanej

na podstawie art. 6 ust 1 pkt b i art. 9 ust. 2 pkt a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

4. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Zgodnie z art. 25. ust. 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do prowadzenia dokumentacji medycznej niezbędne jest podanie co najmniej takich danych, jak:

- nazwisko i imię (imiona)

- data urodzenia

- oznaczenie płci

- adres miejsca zamieszkania

- numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

- w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania

- numer telefonu, adres e-mail

5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy administratora danych. Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom, którym zlecona zostanie wykonanie badań i analiz laboratoryjnych.

6. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.

7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez następujące okresy czasu: w przypadku przetwarzania danych w celu, o którym mowa w pkt 3 lit. a, b, c oraz w pkt. 4 lit. a, b, c, d, e, f, g – przez okres wymagany przepisami prawa nakazującymi administratorowi przechowywanie dokumentacji medycznej (20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, poza wyjątkami określonymi przepisami prawa), a w przypadku dzieci do ukończenia 2 r.ż. przez okres 22 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. W przypadku ewentualnych roszczeń okres ten może ulec wydłużeniu na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

9. Odnanie przez Pana/Panią danych osobowych dobrowolne, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność realizacji celów wskazanych w pkt 3 i 4.

10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w formie profilowania.

Ja niżej podpisana oświadczam, że zapoznałam się treścią „Klauzuli informacyjnej” Gyncentrum Sp. z o. o.

Miejscowość, data

Czytelny podpis zlecającego