

ZLECENIE BADANIA GENETYCZNEGO W MATERIALE Z PORONIENIA

I. DANE PACJENTKI

Imię	Nazwisko:
Płeć:	Data urodzenia
K ☒ M ☐	
Pesel*:	
	*W przypadku braku, numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
Adres zamieszkania:	
Nr telefonu:	Adres e-mail:

II. INFORMACJA O POBRANYM MATERIALE

Rodzaj materiału:	☒ Materiał poronny w postaci kosmków kosmówki w soli fizjologicznej	Data i godzina pobrania materiału:	
		Data obumarcia ciąży* (jeśli jest znana)	
Miejsce pobrania materiału:	☐ Dom ☐ Szpital	Nazwa i adres szpitala	
Osoba pobierająca materiał:	☐ Lekarz ☐ Położna ☐ Pacjentka	Imię i nazwisko pobierającej materiał	

III. DANE KLINICZNE PACJENTKI

Ciąża:	☐ Pojedyncza ☐ Bliźniacza: ☐ Jednojąjowa ☐ Dwujajowa	W przypadku ciąży bliźniaczej należy dołączyć ksero dokumentu określającego rodzaj ciąży.	Czy określono płeć dziecka?: K ☐ M ☐ Nie ☐
Jakie badanie zdefiniowało płeć dziecka?	☐ USG ☐ Inne badanie definiujące płeć dziecka	Nazwa badania definiującego płeć dziecka	
Tydzień ciąży:		Dotychczasowe ciążę. Liczba urodzeń:	
		Liczba poronień:	

IV. RODZAJ BADANIA

BADANIA TKANEK NIEUTRWALONYCH (ŚWIEŻYCH) | Zakreslić wybraną opcję znakiem „X”

- ☐ [607] Badanie materiału z poronienia w kierunku ustalenia płci płodu metodą FISH
czas oczekiwania na wynik 5 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium
- ☐ [610] Identyfikacja płci wraz z określeniem aberracji liczbowych chromosomów 13, 18, 21, X, Y met. FISH
czas oczekiwania na wynik 10 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium
- ☐ [604] Kariotyp z kosmówki po poronieniu
czas oczekiwania na wynik 15 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium
- ☐ [749] Mikromacierz aCGH
czas oczekiwania na wynik 15 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do laboratorium

Istnieje możliwość wykonania badania WES lub WES trio. Więcej informacji dostępnych na stronie: <https://gyncentrum.pl/badanie-wes/>

Laboratorium zastrzega sobie prawo wyboru techniki dla przeprowadzenia badania, w celu zwiększenia możliwości poznania przyczyny poronienia (po uzgodnieniu telefonicznym z Pacjentem).

TRYB BADANIA | Zakreslić wybraną opcję znakiem „X”

- ☐ Badanie rutynowe ☐ Badanie CITO

V. ODBIÓR WYNIKU

- ☐ Osobiście ☐ Elektronicznie ze strony online.gyncentrum.pl*
*Wynik badania można pobrać ze strony internetowej online.gyncentrum.pl na podstawie nr próbki (numeru z otrzymanej naklejki)

Upoważniam do odbioru wyniku badania: TAK* ☐ NIE ☐

*Imię i nazwisko:

*Data urodzenia:



Data i czytelny podpis Zlecającego

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO W MATERIALE Z PORONIENIA

Załącznik nr 1 do zlecenia

DANE SKŁADAJĄCEGO ZLECENIE

Imię:

Nazwisko:

Pesel*:

*W przypadku braku, numer innego
dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Ja niżej podpisana:

- Wyrażam zgodę na użycie pobranego materiału biologicznego w postaci kosmków kosmówki w celu wykonania badań w kierunku określenia płci i/lub aberracji chromosomowych zleconych w punkcie IV Zlecenia. Do badania nie przyjmujemy płodu/zarodka lub/i jego fragmentów.
- W przypadku zlecenia badania predyspozycji do poronień (trombofilii) z wymazu z błony śluzowej policzka wyrażam świadomą zgodę na wykonanie tego badania, mające na celu identyfikację genotypu lub zmian genetycznych, związanych z podejrzaną chorobą albo rozpoznanym stanem klinicznym. Zostałam także poinformowana o tym, że wynik końcowy stanowi raport medyczny; surowe dane laboratoryjne/bioinformatyczne nie są standardowym załącznikiem.
- Oświadczam, że poinformowano mnie o istocie badania oraz jego znaczeniu.
- Zostałam poinformowana o tym, że w przypadku gdy cały przekazany materiał w postaci kosmówki zostanie wykorzystany do badania, brak jest możliwości odebrania próbki z laboratorium Gyncentrum.
- Zostałam poinformowana o tym, że:
 - materiał biologiczny w postaci kosmówki/wymazu z policzka będzie przechowywany w Gyncentrum Sp. z o. o. do czasu wydania wyniku;
 - pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, niemniej istnieje ryzyko degradacji DNA z przyczyn naturalnych, co może uniemożliwić wykonanie niektórych dalszych badań lub może spowodować uzyskanie wyniku nieinformatywnego;
 - badania genetyczne wymagają hodowli komórkowej i/lub utrwalenia materiału oraz jego przechowania na czas przeprowadzenia badania, po wykonaniu badania i wydaniu wyniku materiał biologiczny zostanie zutylizowany;
 - istnieje możliwość nieuzyskania wyniku z przyczyn technicznych;
 - w niektórych przypadkach, gdy dochodzi do zanieczyszczenia DNA płodu/zarodka materiałem DNA matki lub o innym profilu genetycznym, badanie może zostać niewykonane bądź można otrzymać wynik 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.

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 płodu lub jego fragmentów 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 płodu lub jego fragmentów.

☐ Wyrażam zgodę na pochowanie płodu lub jego fragmentów przez Gyncentrum Sp. z o.o. po zakończeniu badania genetycznego. Gyncentrum Sp. z o.o. zobowiązuje się do pochowania płodu lub jego fragmentów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W związku z tym wyrażam zgodę na przekazanie 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.

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

3. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że materiał biologiczny, w którym nie stwierdzono płodu lub jego fragmentów zostanie zutylizowany zgodnie z przepisami o odpadach medycznych w ciągu 72 godzin.

4. 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

OŚWIADCZENIE

1. Na wypadek, gdyby w dostarczonym materiale poronnym nie stwierdzono obecności kosmówki płodowej lub gdyby materiał okazał się zdegradowany:

☐ Wnoszę o wykonanie u mnie badania predyspozycji do poronień (trombofilii) z wymazu z policzka w ramach uiszczonej opłaty.

☐ Nie wnoszę o wykonanie badania predyspozycji do poronień (trombofilii).

2. Do badania dostarczyłam wymazówkę zawierającą materiał pobrany z błony śluzowej policzka:

☐ Tak

☐ Nie

Data i godzina pobrania
wymazu z policzka

Miejscowość, data

Czytelny podpis Zlecającego

KLAUZULA INFORMACYJNA

Załącznik nr 3 do zlecenia

DANE SKŁADAJĄCEGO ZLECENIE

Imię:

Nazwisko:

Pesel*:

*W przypadku braku, numer innego
dokumentu potwierdzającego tożsamość.

1. Administrator danych osobowych

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

2. Inspektor ochrony danych

Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych. Jest to osoba, z którą mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Można się z nim kontaktować przez e-mail: iod@gyncentrum.pl

3. Cele przetwarzania Państwa danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w następujących celach:

- świadczenia usług laboratoryjnych, w tym diagnostyki genetycznej, a także w celu zarządzania udzielaniem usług medycznych,
- zapewnienia wysokiej jakości usług (nagrywanie rozmów telefonicznych i wideo konsultacji),
- archiwizowania danych zgodnie z przepisami prawa.

Podstawy prawne przetwarzania Państwa danych to: - zgoda osoby, której dane są przetwarzane, - prawnie uzasadniony interes realizowany przez administratora danych, - przepisy prawa.

4. Okres przetwarzania Państwa danych osobowych

Państwa dane będą przetwarzane przez:

- czas udzielania świadczeń medycznych oraz usług z nimi związanych lub powiązanych,
- czas, w którym przepisy obowiązującego prawa nakazują przechowywać Państwa dane osobowe,
- monitoring wizyjny, nagrane rozmowy telefoniczne oraz wideo konsultacje są przechowywane przez okres do 3 miesięcy, a w uzasadnionych przypadkach do czasu wyjaśnienia toczącego się postępowania.

5. Odbiór Państwa danych osobowych

Będziemy przekazywać dane osobowe:

- podmiotom niemedyceznym, które przetwarzają Państwa dane na podstawie zawartej z Gyncentrum umowy przetwarzania danych (np. obsługa systemów informatycznych, obsługa prawna, kadrowo- księgowa etc.),
- podmiotom uprawnionym przepisami prawa,
- podmiotom lub osobom upoważnionym przez Państwa.

Państwa dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego tylko za Państwa dodatkową zgodą.

6. Państwa prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

Przysługują Państwu następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych: - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, o ile nie istnieje inny obowiązek prawny dalszego ich przetwarzania:

- prawo dostępu do danych osobowych,
- prawo żądania sprostowania danych osobowych,
- prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. prawo otrzymania od nas Państwa danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie informatycznym nadającym się do odczytu maszynowego.

Mogą Państwo przesłać te dane innemu administratorowi danych lub zażądać, abyśmy je przesłali do innego administratora. Jednakże zrobimy to tylko jeśli takie przesłanie jest technicznie możliwe. Aby skorzystać z powyższych praw, prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych (dane kontaktowe w punkcie 1 powyżej). Przysługuje Państwu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. Obowiązek podania danych

Odmowa przekazania danych osobowych w zakresie wymaganych prawem lub niezbędnych do wykonania usługi spowoduje brak udzielenia jakichkolwiek usług. W pozostałym zakresie wyrażenie zgody na przetwarzanie danych jest dobrowolne.

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

Miejscowość, data

!

Czytelny podpis Zlecającego