INVICTA

Medyczne Laboratoria Diagnostyczne INVICTA

Skierowanie na **molekularne badania genetyczne**

KOD ZLECENIA

Imię, Nazwisko Pacjenta

.....

Miejsce zamieszkania / oddział szpitalny

.....

Dane do kontaktu (np. tel., e-mail)

.....

PESEL (lub nazwa i numer dokumentu tożsamości)

data urodzenia

D D / M M / R R R R

Rozpoznanie kliniczne/Wskazanie do wykonania badania/Otrzymywane leki

.....

Płeć
- ☐ Mężczyzna
- ☐ Kobieta

Transfuzja ☐ TAK ☐ NIE

dc ☐ tc ☐

Pieczątka, nazwa jednostki zlecającej badania REGON, telefon

.....

Miejsce przesłania raportu z badania lub osoba upoważniona do odbioru wyniku

.....

data wystawienia skierowania

D D / M M / R R R R

PŁATNIK

☐ Kontrahent INVICTA ☐ NFZ ☐ Pacjent ☐ INVICTA

D D / M M / R R R R G G : M M ..... Data i godzina pobrania materiału

..... podpis osoby pobierającej materiał

D D / M M / R R R R G G : M M ..... Data i godzina przyjęcia do Laboratorium INVICTA

..... podpis osoby przyjmującej materiał

RODZAJ MATERIAŁU

KREW:
- ☐ **KREW (EDTA)**
- ☐ **KREW (EDTA-GEL)**

WYMAZY:
- ☐ **KANAŁ SZYJKI MACICY**
- ☐ **PRĄCIE**

INNE:
- ☐ **PŁYN OWODNIOWY**
- ☐ **ŚLINA**
- ☐ **NASIENIE**
- ☐ .....

ZLECONE BADANIA

SEKWENCJONOWANIE DNA

- ☐ 4491 ŚLINA, 4782 KREW (EDTA) Sekwencjonowanie metodą Sangera - 1 mutacja/fragment
- ☐ 4783 ŚLINA, 4784 KREW (EDTA) Sekwencjonowanie metodą Sangera - 2 lub 3 mutacje/fragmenty
- ☐ 4785 ŚLINA, 4786 KREW (EDTA) Sekwencjonowanie metodą Sangera - 4 lub 5 mutacji/fragmentów
- ☐ 4780 ŚLINA, 4781 KREW (EDTA) Sekwencjonowanie metodą Sangera - 1 gen
- ☐ 4776 ŚLINA, 4777 KREW (EDTA) Sekwencjonowanie metodą NGS - 1 genu
- ☐ 4778 ŚLINA, 4779 KREW (EDTA) Sekwencjonowanie metodą NGS - 2-5 genów
- ☐ 4630 ŚLINA, 4629 KREW (EDTA) Sekwencjonowanie genu BRCA1 (NGS)
- ☐ 4632 ŚLINA, 4631 KREW (EDTA) Sekwencjonowanie genu BRCA2 (NGS)
- ☐ 4634 ŚLINA, 4633 KREW (EDTA) Sekwencjonowanie genu BRCA1 i BRCA2 (NGS)
- ☐ 4628 ŚLINA, 4627 KREW (EDTA) Sekwencjonowanie genu CFTR (NGS)
- ☐ Inne / informacje dodatkowe .....

DETEKCJA MUTACJI

- ☐ 4191 ŚLINA, 4177 KREW (EDTA) Detekcja mutacji w genie F2 (protrombiny)
- ☐ 5319 ŚLINA, 5320 KREW (EDTA) Detekcja mutacji w genie F5 (proakceleryny)
- ☐ 4192 ŚLINA, 4178 KREW (EDTA) Detekcja polimorfizmu w genie MTHFR
- ☐ 4187 ŚLINA, 4173 KREW (EDTA) Detekcja 2 mutacji w genie CFTR
- ☐ 4188 ŚLINA, 4174 KREW (EDTA) Detekcja 33 mutacji w genie CFTR
- ☐ 4493 ŚLINA, 4492 KREW (EDTA) Detekcja delecji w genie AZF
- ☐ 5286 ŚLINA, 5321 KREW (EDTA) Detekcja mutacji w genie BRCA1
- ☐ 5289 ŚLINA, 5290 KREW (EDTA) Detekcja mutacji w genie BRCA2
- ☐ 5292 ŚLINA, 5322 KREW (EDTA) Detekcja mutacji w genie CHEK2
- ☐ 4196 ŚLINA, 4182 KREW (EDTA) Detekcja mutacji w genie NOD2
- ☐ 5245 ŚLINA, 5244 KREW (EDTA) Detekcja polimorfizmu 4G/5G w genie SERPINE1 (PAI–1)
- ☐ 5092 ŚLINA, 5091 KREW (EDTA) Detekcja haplotypu M2 w genie ANXA5 (aneksyny 5)
- ☐ 5267 ŚLINA, 5266 KREW (EDTA) Zespół łamliwego chromosomu X (FXS) / Przedwczesne wygasanie czynności jajników (FXPOI) – badanie przesiewowe
- ☐ 5295 ŚLINA, 5296 KREW (EDTA) Detekcja mutacji w genie PALB2
- ☐ Inne .....

DETEKCJA MUTACJI – PANELE BADAŃ

Panel badań genetycznych
NIEPŁODNOŚĆ MĘSKA

☐ 5305 ŚLINA ☐ 5306 KREW (EDTA)
- » Detekcja haplotypu M2 w genie ANXA5 (aneksyny 5)
- » Detekcja 2 mutacji w genie CFTR
- » Detekcja delecji w genie AZF

Panel badań genetycznych
NIEPŁODNOŚĆ ŻEŃSKA

☐ 5307 ŚLINA ☐ 5308 KREW (EDTA)
- » Detekcja mutacji w genie F2 (protrombiny)
- » Detekcja mutacji w genie F5 (proakceleryny)
- » Zespół łamliwego chromosomu X (FXS) / Przedwczesne wygasanie czynności jajników (FXPOI) – badanie przesiewowe
- » Detekcja haplotypu M2 w genie ANXA5 (aneksyny 5)
- » Detekcja 2 mutacji w genie CFTR

Panel badań genetycznych
PORONIENIA

☐ 5309 ŚLINA ☐ 5310 KREW (EDTA)
- » Detekcja mutacji w genie F2 (protrombiny)
- » Detekcja mutacji w genie F5 (proakceleryny)
- » Detekcja haplotypu M2 w genie ANXA5 (aneksyny 5)
- » Detekcja polimorfizmu 4G/5G w genie SERPINE1 (PAI–1)

Panel badań genetycznych
ANTYKONCEPCJA I HTZ

☐ 5311 ŚLINA ☐ 5312 KREW (EDTA)
- » Detekcja mutacji w genie F2 (protrombiny)
- » Detekcja mutacji w genie F5 (proakceleryny)
- » Detekcja mutacji w genie BRCA1
- » Detekcja mutacji w genie BRCA2

Panel badań genetycznych
CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

☐ 5313 ŚLINA ☐ 5314 KREW (EDTA)
- » Detekcja mutacji w genie F2 (protrombiny)
- » Detekcja mutacji w genie F5 (proakceleryny)
- » Detekcja polimorfizmu w genie MTHFR
- » Detekcja polimorfizmu 4G/5G w genie SERPINE1 (PAI–1)

Panel badań genetycznych
RAK PIERSI/JAJNIKA – PODSTAWOWY

☐ 5315 ŚLINA ☐ 5316 KREW (EDTA)
- » Detekcja mutacji w genie BRCA1
- » Detekcja mutacji w genie BRCA2
- » Detekcja mutacji w genie CHEK2
- » Detekcja mutacji w genie NOD2

Panel badań genetycznych
RAK PIERSI/JAJNIKA – ROZSZERZONY

☐ 5317 ŚLINA ☐ 5318 KREW (EDTA)
- » Detekcja mutacji w genie BRCA1
- » Detekcja mutacji w genie BRCA2
- » Detekcja mutacji w genie CHEK2
- » Detekcja mutacji w genie NOD2
- » Detekcja mutacji w genie PALB2

☐ Inne .....

Do wykonania badania genetycznego niezbędna jest świadoma zgoda pacjenta, która znajduje się na drugiej stronie skierowania.

VERTE

INVICTA

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIA GENETYCZNE

Wypełnia Pacjent

1. Deklaracja Świadomej Zgody w celu izolacji DNA/RNA i wykonania molekularnych/cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z podejrzeniem/rozpoznaniem klinicznym choroby:.....

Oświadczam, że:

1. Uzyskałam/em od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.
2. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* aby wyizolowane DNA było przechowywane po zakończeniu badania i anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.

   Zgadzam się/nie zgadzam się* na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego jej rozwoju.
3. W przypadku badań genetycznych tkanek z poronienia, wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań genetycznych w materiale pochodzącym z poronienia w celu ustalenia, czy przyczyną była wada chromosomowa zarodka/płodu.
4. Jestem świadoma/y, że pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania wszystkich badań w odpowiednich warunkach oraz, że istnieje ryzyko naturalnej degradacji próbek/preparatów i w konsekwencji potrzeby wykonania kolejnego pobrania.
5. Jestem świadoma/y, że w niektórych sytuacjach wynik badania może być niejednoznaczny i w konsekwencji może zaistnieć konieczność wykonania badań uzupełniających.
6. Zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku zaistnienia innego niż podane stosunku pokrewieństwa pomiędzy członkami badanej rodziny, może dojść do niewłaściwej interpretacji wyniku badań.
7. Zostałam/em poinformowana/y, że uzyskany wynik badania może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny.
8. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do dnia wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody".
9. Zostałam/em poinformowany o skutkach nieprawidłowego pobrania, przechowywania i transportu materiału i zrozumiałem te informacje.
10. Rozumiem, że badanie zostanie wykonane z materiału, który został dostarczony przeze mnie lub w moim imieniu i osoba przyjmująca materiał nie ma możliwości sprawdzenia przy odbiorze jego jakości ani określenia możliwości wykonania badania.
11. Materiał zostanie przyjęty i przekazany do laboratorium zgodnie z opisem na skierowaniu. Invicta nie ponosi odpowiedzialności za treść skierowania/zlecenia, które zostało wystawione przez lekarza.
12. Jestem świadoma/y, iż mimo braku oczekiwanego wyniku Laboratorium Medyczne Invicta poniosło koszty, a w związku z powyższym opłata za badanie nie będzie podlegała zwrotowi.
13. Mam świadomość, że wykonanie badania może zostać powierzone innemu laboratorium, jeżeli będzie to konieczne w celu realizacji usługi.
14. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości zniszczenia próbek biologicznych po wykonaniu badania, na które wyraziłam/em zgodę.
15. Wyrażam zgodę, jeżeli zajdzie potrzeba na transport i wykonywanie badania poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej: ☐ tak ☐ nie
16. Badanie genetyczne jest wykonywane po raz pierwszy: ☐ tak ☐ nie
    (w przypadku odpowiedzi negatywnej):

    Wcześniej wykonano badanie genetyczne: .....
    (rodzaj badania)

    Powyższe badanie wykonano w: .....
    (miejscowość i nazwa placówki)
17. Oświadczam, że podane DANE PACJENTA są zgodne z prawdą, wyrażam zgodę na pobranie.

.....	.....	.....	.....
Podpis lekarza	data	data	imię nazwisko pacjenta/opiekuna prawnego

*Niepotrzebne skreślić