***Zlecenie badania genetycznego w przypadku braku skierowania od lekarza***

***Osoba zlecająca badanie (pacjent lub przedstawiciel ustawowy)***

**Imię (imiona):** ……………………….……………………………….. **Nazwisko:** ………………………….……………………………………………….

**Data urodzenia (*dd/mm/rrrr*):** **PESEL:**

**Telefon kontaktowy:** ………………………………………………… **e-mail:**………………………………………………………………………………..

**Proszę o wykonanie badania**  **u mnie** **mojego dziecka/podopiecznego**

**Data wystawienia zlecenia (*dd/mm/rrrr*):**

***Dane Pacjenta***

**Imię (imiona):** ……………………….……………………………….. **Nazwisko:** ………………………….……………………………………………….

**Płeć:**  K M **Data urodzenia (*dd/mm/rrrr*):**

**PESEL:**

……………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….
*W przypadku braku nr PESEL nazwa i nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość*

**Adres zamieszkania:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Telefon kontaktowy:** ………………………………………………… **e-mail:**………………………………………………………………………………..

**Sposób przekazania wyniku badania:**

 wysłanie wyniku drogą elektroniczną

 odbiór osobisty przez (należy podać dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

***Zlecone badanie i rodzaj materiału do badania***

**Nazwa badania (wg oferty Pracowni Genomiki Klinicznej i Diagnostyki Genetycznej):**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Materiał do badania:** krew na EDTA

***Istotne informacje kliniczne objęte tajemnicą zawodową (lekarza i diagnosty laboratoryjnego)***

**Jednostka chorobowa:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informacje dodatkowe:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Informacje o transfuzji:**

Czy u pacjenta była wykonana transfuzja w ciągu ostatnich 3 miesięcy? TAK NIE

*badanie genetyczne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego*

**Informacje o przeszczepie szpiku:**

Czy u pacjenta wykonano kiedykolwiek przeszczep szpiku? TAK NIE

*w przypadku przeszczepu szpiku należy do badania genetycznego pobrać inną tkankę niż krew (np. fibroblasty, komórki śluzówki jamy ustnej)*

**Wywiad rodzinny:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Oświadczam, że jestem świadom iż:***

*1. Wykonanie badania genetycznego, jak również omówienie jego wyniku (interpretacja) powinno odbyć się w porozumieniu z lekarzem specjalistą (genetykiem klinicznym lub specjalistą z dziedziny, w kierunku której była prowadzona diagnostyka)*

*2. Wynik oraz interpretacja przygotowana przez Zespół Pracowni Genomiki Klinicznej i Diagnostyki Genetycznej odnosi się wyłącznie do informacji przekazanych w niniejszym formularzu przez osobę zlecającą badanie*

……………………………………….. …………………………………………………………………………………….

*Miejscowość, data Podpis osoby badanej/opiekuna prawnego*

***Pobranie materiału do badania***

**Rodzaj materiału:** krew na EDTA

**Data (*dd/mm/rrrr*): i godz. (*hh/mm*): pobrania**

**Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał:** ……………………………………………………………………………………………………………..