

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)
-

Zleczone 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: