

## Zlecenie komercyjnego badania genetycznego

### Dane Pacjenta

Imię (imiona): .....

Nazwisko: .....

Płeć:  K  M

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

PESEL:

.....

*W przypadku braku nr PESEL nazwa, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość; w przypadku noworodka nr PESEL matki*

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy: .....

e-mail: .....

### Dane Zleceniodawcy

Pacjent

Przedstawiciel ustawowy

Imię (imiona): .....

Nazwisko: .....

Płeć:  K  M

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

PESEL:

.....

*W przypadku braku nr PESEL nazwa, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość*

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy: .....

e-mail: .....

Zlecenie wystawiono (dd/mm/rrrr) / /  o godz. (hh/mm) :

Sposób przekazania wyniku badania:

- wysłanie drogą elektroniczną
- odbiór osobisty przez:
  - pacjenta/przedstawiciela ustawowego
  - upoważnioną osobę (należy podać imię/imiona i nazwisko 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 dotyczące Pacjenta objęte tajemnicą zawodową diagnosty laboratoryjnego**

Jednostka chorobowa: .....

Pochodzenie etniczne:  europejskie  inne: .....

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: .....

**Informacje o wcześniejszych badaniach genetycznych:**

Czy pacjent kiedykolwiek miał wykonywane badanie genetyczne (molekularne)?  TAK  NIE

*jeśli TAK proszę podać w kierunku jakiej choroby oraz jaki był wynik badania* .....

---

**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 pacjenta/przedstawiciela ustawowego

**Uwaga!** Do zlecenia należy dołączyć wypełniony i podpisany formularz „Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badania genetycznego”

---

**Pobranie materiału do badania**

Rodzaj materiału: Krew na EDTA

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

Imię (imiona) i nazwisko osoby pobierającej materiał: .....