



Nazwa jednostki wykonującej badanie  Zakład Genetyki Medycznej Pracownia Genetyki Molekularnej tel. (22) 815 72 64, 815 12 70 fax. (22) 815 74 57 www.czd.pl; e-mail: <a href="mailto:genetyka@ipczd.pl">genetyka@ipczd.pl</a> Regon: 000557961; NIP: 952 11 43 675 Kod resortowy: 000000018625-44-444-7100	Data zlecenia badania do laboratorium (DD-MM-RRRR):	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	Data, godzina pobrania materiału (DD-MM-RRRR):	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> godz. : <input type="text"/>	
	Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał		
Tryb badania	<input type="checkbox"/> Zwykły	Data, godzina przyjęcia materiału do laboratorium (DD-MM-RRRR):	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> godz. : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Pilny	Numer identyfikacyjny próbki:	

### KARTA ZLECENIA BADANIA MOLEKULARNEGO

(przeznaczona dla jednego pacjenta)

#### Dane jednostki zlecającej badanie

Nazwa jednostki	Kod resortowy
Adres jednostki (miejsce przekazania sprawozdania*)	
Imię i nazwisko lekarza zlecającego badanie	Telefon kontaktowy / e-mail
* Sprawozdanie z molekularnego badania genetycznego przekazywane jest bezpośrednio do lekarza zlecającego. Wymagane jest udzielenie porady genetycznej.	

#### Dane Pacjenta

Nazwisko	Numer Kartoteki	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Imię	Płeć	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Data urodzenia	PESEL**	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> dzień miesiąc rok
** w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość		
Rodzaj i numer dokumentu na podstawie, którego stwierdzono tożsamość:		
Adres zamieszkania / Oddział		
Stopień pokrewieństwa	<input type="checkbox"/> probant <input type="checkbox"/> matka <input type="checkbox"/> ojciec <input type="checkbox"/> inne: .....	
Imię i nazwisko probanta		

#### Wskazanie do wykonania badania

Kod badania	
Rozpoznanie choroby	(proszę doprecyzować chorobę/ zespół uwarunkowany genetycznie wg bazy danych OMIM lub ORPHANET)
Gen / marker / locus wybrany do analizy	
Typ badania	<input type="checkbox"/> postnatalne <input type="checkbox"/> prenatalne



### Istotne dane kliniczne

- epikryza wg nomenklatury HPO ang. *Human Phenotype Ontology* (<http://compbio.charite.de/phenomizer/>; <https://hpo.jax.org/app>) dołączona do zlecenia na badanie w technologii NGS w przypadku braku rozpoznania / genów wybranych do analizy (jako oddzielny załącznik);
  - w przypadku badania prenatalnego: informacja o zaawansowaniu ciąży, wynikach badań przesiewowych i innych badań płodu

Wywiad rodzinny, w tym informacja o chorobach genetycznych w rodzinie i stosowanym leczeniu

Wcześniej wykonywane badania molekularne (jeśli tak, proszę dołączyć informację o badaniu)

TAK

NIE

Wniosek na wykonanie badania NGS przekazany do Sekcji Wsparcia Pracy Klinicznej IPCZD (SWPK) \*\*\*

TAK

NIE DOTYCZY

\*\*\* Dotyczy wyłącznie zleceń realizowanych przez jednostki IPCZD

Finansowanie

NFZ

komercyjne

Grant nr .....

### Informacje o materiale biologicznym

Rodzaj materiału

krew

fibroblasty

DNA

inny .....

Czy pacjent był poddany transfuzji krwi w ciągu ostatnich 60 dni?

TAK (jaka frakcja?).....

NIE

Czy pacjent był poddany przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych szpiku (HSCT)?

TAK

NIE

### Informacje dotyczące Deklaracji Świadomej Zgody\*\*\*\*

\*\*\*\* W przypadku zleceń z IPCZD Deklaracja Świadomej Zgody jest przechowywana w historii choroby pacjenta.  
W przypadku zleceń spoza IPCZD Deklaracja Świadomej Zgody jest przechowywana w Pracowni Genetyki Molekularnej.

Oświadczenie lekarza zlecającego badanie o pobraniu Deklaracji Świadomej Zgody zgodnie z obowiązującym formularzem oraz procedurą PX\_ZGE/RM;QP1. Pacjent/ przedstawiciel ustawowy został poinformowany o celu, istocie i szczegółach badania genetycznego oraz możliwych wynikach.

#### Pobrano Deklarację Świadomej Zgody:

na badanie genetyczne (druk PX\_ZGE;QP1;FP4)

na badanie genetyczne metodą Sekwencjonowania Nowej Generacji (NGS) (druk PX\_ZGE/RM;QP1;FP3)

Wyrażono zgodę na przechowywanie materiału genetycznego/ biologicznego w banku ZGM IPCZD:

TAK

NIE

Wyrażono zgodę na anonimowe użycie próbki materiału genetycznego/ biologicznego oraz danych klinicznych do celów edukacyjnych i badań naukowych oraz jako kontroli wewnętrznej w badaniach diagnostycznych:

TAK

NIE

Wyrażono zgodę na przekazanie odpowiednich informacji, jeśli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju:

TAK

NIE

Pieczętka imienna i podpis lekarza zlecającego badanie