



Nazwa jednostki wykonującej badanie 07R-1-00330-03-08 Zakład Genetyki Medycznej Pracownia Genetyki Molekularnej tel. (22) 815 72 64, 815 12 70 fax. (22) 815 74 57 www.czd.pl; e-mail: genetyka@ipczd.pl Regon: 000557961; NIP: 952 11 43 675 Kod resortowy: 000000018625-131-444-7102 L/ZGE/RM		Data zlecenia badania do laboratorium (DD-MM-RRRR):	<table><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			/			/				
				/			/						
		Data, godzina pobrania materiału i przekazania do transportu (DD-MM-RRRR):	<table><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> godz. :			/			/				
		/			/								
Imię i nazwisko, podpis osoby pobierającej materiał													
Tryb badania	☐ Zwykły	Data, godzina przyjęcia materiału do laboratorium (DD-MM-RRRR):	<table><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> godz. :			/			/				
			/			/							
	☐ CITO	Imię i nazwisko osoby odbierającej materiał											
	Numer identyfikacyjny próbki:												

KARTA ZLECENIA BADANIA MOLEKULARNEGO

(przeznaczona dla jednego pacjenta)

Dane jednostki i osoby zlecającej badanie oraz upoważnionej do odbioru sprawozdania z wykonanego badania

Nazwa jednostki		Kod resortowy	
Adres jednostki (miejsce przekazania sprawozdania*)			
Imię i nazwisko lekarza zlecającego badanie, tytuł zawodowy i specjalizacje (jeżeli posiada) oraz numer prawa wykonywania zawodu	Telefon kontaktowy		
	E-mail		
<i>* Sprawozdanie z molekularnego badania genetycznego przekazywane jest bezpośrednio do lekarza zlecającego. Wymagane jest udzielenie porady genetycznej.</i>			

Dane Pacjenta

Nazwisko		Numer Kartoteki	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td></tr></table>							/											
						/															
Imię		Płeć	☐ M ☐ K																		
Pochodzenie etniczne		ID pacjenta (nadane w laboratorium)																			
Data urodzenia	<table><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">dzień</td><td colspan="2">miesiąc</td><td colspan="4">rok</td></tr></table>			/			/					dzień		miesiąc		rok				PESEL**	
		/			/																
dzień		miesiąc		rok																	
** w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – nazwę, numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia; w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody – imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania																					
Rodzaj i numer dokumentu, na podstawie którego stwierdzono tożsamość:																					
Adres zamieszkania / Oddział szpitalny																					
Stopień pokrewieństwa	☐ probant ☐ matka ☐ ojciec ☐ inne:																				
Imię i nazwisko probanta																					



Wskazanie do wykonania badania

Kod i nazwa badania	<i>(wybrane z listy badań wykonywanych w laboratorium - załączniku PX_ZGE/RM;QP1;FP1)</i>
Rozpoznanie choroby	<i>(proszę doprecyzować chorobę/ zespół uwarunkowany genetycznie wg kodów ORPHA lub kodów HPO (Human Phenotype Ontology))</i>
Gen / marker / locus wybrany do analizy	
Typ badania	☐ postnatalne ☐ prenatalne

Istotne dane kliniczne

- epikryza wg nomenklatury HPO ang. *Human Phenotype Ontology* (<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, dotychczasowych ciążach, porodach, poronieniach i martwych urodzeniach, wynikach badań przesiewowych i innych badaniach płodu, m.in.: wyniku badania ultrasonograficznego płodu z opisem nieprawidłowości w obrazie płodu jako wskazania do genetycznej diagnostyki prenatalnej, nosicielstwie aberracji zrównoważonej lub choroby monogenowej u rodziców, niepowodzeniach rozrodu, chorobach genetycznych w rodzinie.

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

Wcześniej wykonywane badania genetyczne (jeśli tak, proszę dołączyć informację o badaniu oraz jego wynik)	☐ TAK ☐ NIE
Finansowanie	☐ NFZ ***kod e-skierowania:
	☐ Komercyjne
	☐ Grant nr

*** Dotyczy wyłącznie zleceń realizowanych przez jednostki IPCZD, w ramach NFZ.

Informacje o materiale biologicznym

Rodzaj materiału	☐ krew ☐ DNA ☐ inny
Czy pacjent był poddany transfuzji krwi w ciągu ostatnich 3 miesięcy?	☐ TAK (data i rodzaj przetoczonego preparatu)
	☐ NIE
Czy pacjent był poddany przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych szpiku (HSCT)?	☐ TAK (płeć dawcy) ☐ 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 ustawy został poinformowany o celu, istocie i szczegółach badania genetycznego oraz możliwych wynikach

Pobrano Deklarację Świadomej Zgody:

☐ na badanie genetyczne ☐ na badanie genetyczne metodą Sekwencjonowania Nowej Generacji

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

☐ TAK ☐ NIE

Wyrażono zgodę na analizę bioinformatyczną - poszerzenie diagnostyki w ramach wykonanego badania NGS w przypadku braku znalezienia zmian patogennych w pierwszym etapie analizy:

☐ TAK ☐ NIE

Wyrażono zgodę na anonimowe użycie próbki materiału genetycznego / biologicznego oraz danych klinicznych / genetycznych 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

Wyrażam zgodę na przekazanie mi informacji o wynikach badań niezwiązanych z aktualną przyczyną skierowania na badanie (tzw. wynikach dodatkowych, ang. *secondary findings*):

☐ TAK ☐ NIE

Pieczętka imienna i podpis lekarza zlecającego badanie