MEDGEN
centrum medyczne

ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A
02-954 WARSZAWA
Tel: 501 377 150
email: diagnostyka@medgen.pl

Data, godzina i podpis osoby przyjmującej zlecenie do MEDGEN:

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE

INFORMACJE O PACJENCIE

Nazwisko i imię (*drukowanymi literami*)**:**

……

……

Data urodzenia (dz/m/r): ……/……/……..

PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Płeć: żeńska ☐ męska ☐ nieznana ☐

Pochodzenie etniczne: ☐ polskie ☐ inne ……

Adres kontaktowy:……..……

……

Telefon kontaktowy:……..

Nr karty/rodowodu pacjenta w jednostce kierującej:

……

Wypełnić jeśli Pacjent kierowany na badanie jest spokrewniony z osobą kierowaną wcześniej na badanie:

Imię i nazwisko:

……..

INFORMACJE O JEDNOSTCE KIERUJĄCEJ

Nazwa jednostki:…… ……

……

……..

Adres:……

……..……

……

Telefon……

Fax:……

NIP:……

Nazwisko i imię lekarza kierującego……

……

Telefon kontaktowy:…… ……..

E-mail:……

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

☐ plama krwi krew obwodowa
☐ krew obwodowa
☐ płyn owodniowy
☐ trofoblast
☐ szpik kostny
☐ wyizolowany DNA
☐ inne……..

Data i godzina pobrania próbki od pacjenta

(dz/m/r): ……/……../……..…, godzina:……

Dane osoby pobierającej materiał do badań:

……

INFORMACJE O BADANIU :

Nazwa choroby:……

Kod procedury:……

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU WYNIKU

Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:

……

……

……

……

INFORMACJE DO FAKTURY (jeśli inne niż jednostki kierującej na badanie: NIP:……

Nazwisko i imię/ nazwa jednostki kierującej/nazwa firmy:

……

Adres:……

……

Informacje objęte tajemnicą zawodową (lekarza i diagnosty laboratoryjnego):

Cel badania:

☐ Diagnostyka postnatalna

☐ Weryfikacja rozpoznania klinicznego

☐ Określenie statusu nosicielstwa

☐ Diagnostyka przed procedurą wspomaganego rozrodu

☐ Zabezpieczenie materiału genetycznego

☐ Inne: ……

Wskazania do wykonania badania/objawy kliniczne/rozpoznanie:

……..

……..

……..

……..

……..

kariotyp: ☐ prawidłowy ☐ nieprawidłowy(jaki?.....) ☐ nie badano

Czy badanie genetyczne prowadzone jest po raz pierwszy? ☐ tak ☐ nie
Jeśli NIE, to w jakim ośrodku były wykonane i w kierunku jakiej choroby: .....

.....

Czy w rodzinie występowały choroby genetycznie uwarunkowane? ☐ tak ☐ nie

Jeśli TAK, proszę wymienić jednostki chorobowe oraz stopień pokrewieństwa w stosunku do probanta/osoby chorej oraz imię i nazwisko probanta/osoby chorej……..……

.....

……..

INFORMACJE O TRANSFUZJI oraz PRZESZCZEPIE SZPIKU

☐ nie ☐ tak. Jeśli tak to kiedy……

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

…… ……

data Podpis i pieczątka lekarza kierującego

Centrum Medyczne MedGen
ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9a
02-954 WARSZAWA
Tel: 501 377 150

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO

Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun prawny pacjenta

Nazwisko pacjenta:	
Imię pacjenta:	
PESEL pacjenta:	
Telefon kontaktowy:	**E-mail:**
Adres kontaktowy:	

Pobrany ode mnie lub dziecka materiał (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ **krew** ☐ **tkanka** ☐ **płyn owodniowy** ☐ **trofoblast** ☐ **inne (……..)**

zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej opartej na analizie DNA w kierunku:

……

nazwa choroby oraz kod procedury

Jestem świadomy/a, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki:
   - ☐ prenatalnej (przedurodzeniowa)
   - ☐ postnatalnej (pourodzeniowa)
     - ☐ weryfikacja rozpoznania klinicznego
     - ☐ określenia statusu nosicielstwa
     - ☐ określenia predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną.
2. Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, istnieje jednak ryzyko degradacji DNA (proces naturalny) dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
3. W przypadku gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania genetycznego może być nieprawidłowy.
4. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki genetycznej a datą wydania wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza *Deklaracja Świadomej Zgody*.
5. Jeśli w okresie 2 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych wykonano u mnie/dziecka transfuzję, poinformuję o tym pracownika MedGen. Niepoinformowanie pracownika MedGen o wykonanej transfuzji w ciągu ostatnich 2 miesięcy przed wykonywaniem badań genetycznych może skutkować uzyskaniem nieprawidłowego wyniku badania i może mieć wpływ na interpretację uzyskanego wyniku badania genetycznego.
6. Preparat DNA standardowo jest przechowywany w banku DNA Laboratorium MedGen przez okres 3 lat, dzięki czemu możliwe jest wykonanie w dowolnym czasie dodatkowych badań dla Pacjenta.

   ☐ **NIE WYRAŻAM ZGODY NA PRZECHOWYWANIE DNA**
   ☐ **TAK, WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZECHOWYWANIE DNA**
7. Uzyskałem od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 836, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.
8. Zapoznałem się z procedurą zlecania badań laboratoryjnych, instrukcją pobrania materiału biologicznego do badań genetycznych oraz instrukcją transportu materiału biologicznego dostępnymi pod adresem https://www.medgen.pl/pl/formularze/podmioty-medyczne.

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka/ osoby pozostającej pod moją opieką prawną* zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie klauzulą informacyjną dołączoną do mojej zgody.

……

Miejscowość i data | Podpis lekarza kierującego | Podpis pacjenta >18. r.ż. / rodzica / opiekuna prawnego

……

Podpis pacjenta niepełnoletniego >16 r. ż.

* Niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. Administratorem Danych Osobowych jest MedGen Kamila Czerska i Wspólnicy sp.k. z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A, 02-954 Warszawa, Numer KRS: 0000424556 (dalej: „MEDGEN").

2. Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych skontaktuj się z nami pod adresem: biuro@icdo.pl.

3. Administrator przetwarza dane osobowe w celu:
a) realizacji usług medycznych (prowadzenie dokumentacji medycznej), zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej - art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
b) weryfikacji danych podczas umawiania wizyty - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c (wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
c) kontaktu telefonicznego lub za pośrednictwem e-mail w celu potwierdzenia rezerwacji, odwołania bądź zmiany terminu konsultacji lekarskiej oraz wysyłki informacji odnośnie przygotowania do badań lub zabiegów – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO (na podstawie umowy i prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora).

4. Dane osobowe jakie przetwarzamy to imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, e-mail, nr kontaktowy.

5. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe przez okres 20, 22 lub 30 lat liczonych od daty sporządzenia ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej stosownie do okresów przechowywania dokumentacji określonych w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, 2280, 2705, z 2023 r. poz. 605 z późn. zm.).

6. Każdej osobie, której dane są przetwarzane przysługuje prawo do: dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, sprostowania (poprawiania) swoich danych, usunięcia swoich danych, ograniczenia przetwarzania swoich danych, przenoszenia swoich danych - jeśli podstawą prawną ich przetwarzania jest zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a RODO) lub umowa (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych - jeśli podstawą prawną ich przetwarzania jest prawnie uzasadniony interes (art. 6 ust. 1 lit. f RODO). Ponadto przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych pod adresem: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

7. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do świadczenia usług medycznych. Zgodę można wycofać w dowolnym momencie, lecz wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

8. Dane mogą zostać udostępnione innym podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych na Pani/Pana rzecz, podwykonawcom wykonującym usługi na rzecz MEDGEN, w związku z którymi niezbędny jest dostęp do danych osobowych – (min. podmiotom wykonującym transport, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym dokumentację itp.). Dane Pani/Pana mogą zostać udostępnione innym podmiotom na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, 2280, 2705, z 2023 r. poz. 605 z późn. zm.).

9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez wyraźnej zgody i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

10. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

11. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania w MEDGEN danych pacjentów znajdują się na stronie internetowej https://www.medgen.pl/pl/medgen/polityka-prywatnosci.