

ALAB laboratoria Sp. z o.o.
Laboratorium Analiz Lekarskich ALAB
00-739 Warszawa, ul. Stępińska 22/30
tel. 22 349 68 35, 22 349 60 57, 506 825 979
www.alab.pl

NAZWISKO

IMIE

PESEL

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

DATA URODZENIA

		TU NAKLEJ KOD MATERIAŁU	
NAZWA I ADRES ZLECAJĄCEGO			
☐	PACJENT		
☐	LEKARZ		
		DATA I GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU DO LABORATORIUM	
		DATA WYSTAWIENIA ZLECENIA	
ZLECAJĄCY			

Adres zamieszkania pacjenta

Sposób kontaktu z pacjentem (np. telefon, e-mail)

Nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość - w przypadku Pacjenta nieposiadającego numeru PESEL

Płeć: ☐ żeńska ☐ męska ☐ nieznaną Pochodzenie etniczne: ☐ polskie ☐ inne

Nazwisko i imię:
 Data urodzenia:

--	--	--	--	--	--	--	--

 PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Adres:
 Sposób kontaktu (telefon, fax, e-mail):

Nazwa badania:
Symbol badania w ALAB:

Rodzaj materiału: ☐ wymaz z jamy ustnej ☐ inne

Nazwa jednostki chorobowej:.....

Informacje dotyczące aktualnie prowadzonego leczenia:.....

Czy w rodzinie występowały choroby/wady genetyczne? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak – jakie oraz w jakim stopniu pokrewieństwa?.....

Informacje o wcześniejszych badaniach genetycznych:.....

Czy przeprowadzano transfuzję krwi? ☐ NIE ☐ TAK Data Transfuzji:.....

Czy wykonywano transplantację szpiku kostnego? ☐ NIE ☐ TAK Data Przeszczepu:.....

Pozostałe ważne informacje:.....

☐ Potwierdzam, że pobrany materiał biologiczny pochodzi od wskazanej osoby badanej.

☐ Oświadczam, że dane identyfikacyjne osoby badanej zostały wpisane prawidłowo.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych przez ALAB Laboratoria Sp. z o.o. w celu realizacji zleconego badania.

Godzina pobrania materiału

Godziny: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Minuty: 15 30 45

Godziny popołudniowe:

Data pobrania materiału

Data i czytelny podpis osoby badanej lub opiekuna prawnego



II. DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a

1. Przez lekarza zlecającego badanie o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania w tym o jego celu, rodzaju i zakresie lub świadomie zrezygnowałem/am, przed wyrażeniem świadomej zgody, z uzyskania informacji od lekarza.
2. W niektórych przypadkach o zagrożeniu związanym z pobraniem materiału.
3. O sposobie w jaki będzie użyty materiał genetyczny oraz wyniki uzyskanych badań.
4. Że uzyskany wynik badania może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny.
5. Że badanie może wykazać, że u badanego lub u członków rodziny występują dziedziczne zaburzenia lub podwyższone ryzyko choroby uwarunkowanej genetycznie.
6. Że uzyskany wynik może być nieinformatywny, badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji, wtedy zaistnieje potrzeba powtórzonego pobrania materiału do badań.
7. Że w badaniu mogą zostać stwierdzone nieznane wcześniej kwestie dotyczące pokrewieństwa biologicznego, na przykład może dojść do zaprzeczenia ojcostwa.
8. Że w przypadku, gdy pokrewieństwo między członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.
9. Że wynik badania genetycznego powinien być konsultowany przez lekarza w ramach porady genetycznej / lub specjalistycznej.
10. O przysługującym mi prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie. Mam także prawo do świadomej rezygnacji z uzyskania informacji o wynikach badania. Złożenie tych oświadczeń musi nastąpić pisemnie pod adres ALAB laboratorium sp. z o.o. i nie skutkuje one prawem do zwrotu zapłaconych za wykonanie badania kwot. W takiej sytuacji wyniki badań nie zostaną przekazane pacjentowi / przedstawicielowi ustawowemu, ale dokumentacja medyczna będzie archiwizowana przez okres 20 lub 22 lat (w przypadku dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia).

Pobrano materiał będzie przechowywany w laboratorium w odpowiednich warunkach do czasu wydania wyniku i zostanie zniszczony zgodnie z procedurami obowiązującymi w pracowni, w przypadku nie wyrażenia zgody na jego przechowywanie.

W przypadku braku zgody na przechowywanie próbki DNA proszę zaznaczyć:

☐ Wyrażam zgodę na przechowywanie próbki DNA ☐ Nie wyrażam zgody na przechowywanie próbki DNA

Wynik badania genetycznego może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) mających mieć wpływ na zdrowie (np. powodować ryzyko wystąpienia innej niż poszukiwana choroby lub zaburzenia).

- ☐ Nie wyrażam zgody na informowanie mnie o jakiegokolwiek zmianie niezwiązanej ze wskazaniem do badania.
- ☐ Wyrażam zgodę na informowanie mnie o zmianach nieoczekiwanych związanych tylko z chorobami / zaburzeniami, na które będę miał/a wpływ poprzez leczenie lub profilaktykę.
- ☐ Wyrażam zgodę na informowanie mnie o wszystkich zmianach nieoczekiwanych (także dotyczących chorób nieuleczalnych wg dzisiejszego stanu wiedzy).

Zgoda na anonimowe wykorzystanie części próbki DNA do badań naukowych i diagnostycznych i na przetwarzanie danych badawczych.

- ☐ Udzielam / ☐ Nie udzielam zgody na anonimowe wykorzystanie przez ALAB laboratorium sp. z o.o. części próbki DNA w badaniach naukowych dotyczących chorób genetycznych oraz w badaniach mających na celu wprowadzenie nowych technologii i metod diagnostycznych i leczenia tych chorób.
- Dotyczące mnie dane będą traktowane jako informacje poufne i będą zachowane tak, aby nie można było odkryć mojej tożsamości. W razie potrzeby takie zakodowane dane badawcze mogą również podlegać przetwarzaniu i mogą być udostępnione do użytku innej grupie badawczej lub sieci biorącej udział w badaniu na podstawie odpowiednich umów zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

- ☐ Wyrażam zgodę / ☐ Nie wyrażam zgody na wykorzystanie wyżej wymienionych danych badawczych do celów naukowych z zachowaniem anonimowości.

- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że wraz z przesłaniem materiału do badania oraz podpisaniem niniejszej zgody rozpoczyna się realizacja usługi, co wiąże się z naliczeniem kosztów. W przypadku rezygnacji z badania jego wykonanie może zostać wstrzymane, jednak nie stanowi to podstawy do zwrotu całości ani części opłaty za badanie.

Administratorem danych osobowych jest ALAB laboratorium Sp. z o.o.. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania Państwa danych przez Administratora dostępna jest na stronie internetowej: <https://www.alablaboratoria.pl/20438-ochrona-danych-osobowych-w-grupie-kapitalowej-alab>
W przypadku pytań w zakresie ochrony danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: iod@alab.com.pl.

Miejscowość i data

Czytelny podpis małoletniego powyżej 16 r.ż.³

Czytelny podpis Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego
wyrażającego zgodę na wykonanie badań genetycznych

1. zg. z art.9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta
2. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych
3. zg. z Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Prawo do wyrażenia zgody - pacjent małoletni



83011