

Wydanie	04
Obowiązuje od	19.12.2023
Strona	1 z 2

**Wypełnia Pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun prawny Pacjenta:**

**NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA**

.....

**DATA URODZENIA** ..dd../..mm../..y.y.yy **PŁEĆ** Kobieta  Mężczyzna  Inna

**NUMER PESEL LUB NAZWA, NUMER I KRAJ WYDANIA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ**

\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/.....

**Pochodzenie etniczne:** polskie  inne (należy podać).....

**ADRES ZAMIESZKANIA/ODDZIAŁ SZPITALNY**

.....

**TELEFON** ----- **E-MAIL** .....

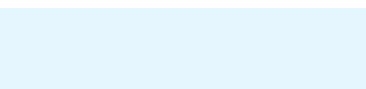
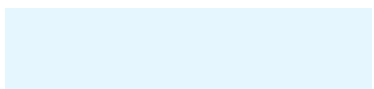
**ZLECONE BADANIA:**

- GEN1 BRCA 1+2 - PCR
- GEN2 FV LEIDEN - PCR
- GEN3 FII PROTROMBINA -PCR
- GEN4 MTHFR C677T -PCR
- GEN5 MTHFR A1298C - PCR
- GEN6 MTHFR C677T + A1298C - PCR
- GEN7 SERPINE1 (PAI-1) - PCR
- GEN8 CZYNNIK XIII V34L - PCR
- GEN9 MARKER HLAB27 (ZZSK) - PCR
- GEN10 PANEL: FV, FII, MTHFR C677T, MTHFR A1298C - PCR
- GEN11 PANEL: FII,FVL,FXIII,SERPINE1 (PAI-1), MTHFR C677T, MTHFR A1298C - PCR

**Wypełnia lekarz:**

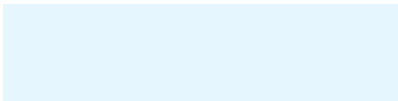
**OŚWIADCZENIE LEKARZA:**

Oświadczam, że udzieliłem pacjentowi/rodzicowi/opiekunowi prawnemu dokładnych informacji na temat celów i ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nieinformatywnego dla osoby badanej i członków jej rodziny.

..... MIJESCOWOŚĆ I DATA	 DATA WYSTAWIENIA ZLECENIA	 PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE
-----------------------------	--	---

**Rodzaj pobranego materiału:**

- krew obwodowa                     wymaz z błony śluzowej policzka

 DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU	 PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ
---	--

Wydanie	04
Obowiązuje od	19.12.2023
Strona	2 z 2

**Ankieta dla Pacjenta:**

Czy w ostatnich 3 miesiącach przetaczano Pacjentowi krew lub preparaty krwiopochodne zawierające składniki komórkowe?

 TAK NIE

Czy kiedykolwiek poddano Pacjenta zabiegowi przeszczepienia szpiku kostnego?

 TAK NIE

Czy kiedykolwiek zdarzyło się Pacjentowi zasłabnąć podczas pobrania krwi?

 TAK NIE

Czy stwierdzono u Pacjenta problemy z krzepliwością krwi?

 TAK NIE

Czy Pacjent zażywa leki przeciwzakrzepowe?

 TAK NIE

Czy kiedykolwiek były wykonywane badania genetyczne u Pacjenta? Jeśli tak, to w kierunku jakiej choroby?

.....

**Wskazania do wykonania badania:**

Rozpoznanie kliniczne.....

Główne objawy.....

**Wywiad rodzinny Pacjenta:**

Proszę podać informacje o chorobach nowotworowych i genetycznych w rodzinie, wiek zachorowania oraz określić stopień pokrewieństwa:

.....

.....

Jeśli były wykonane badania genetyczne u krewnych to proszę podać rodzaj badania, stopień pokrewieństwa oraz wiek badanego krewnego:

.....

.....

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego  
(w przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia, wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego oraz małoletniego pacjenta)