

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach		
Nr wersji: 01	SOP-ODS-PZT-PR-01	Strona 1 z 2
Załącznik nr: 2	Wersja zał. nr: 01	Data: 01.03.2024

Formularz zlecenia oraz świadomej zgody na wykonanie badań immunogenetycznych w Pracowni Zgodności Tkankowej, Diagnostyki Chorób Genetycznych i Cytometrii (PZT) Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 66 tel.: 41 33 59 423; 41 33 59 401

Uwaga!: W przypadku korzystania z formularza zlecenia udostępnionego na stronie internetowej zabrania się wprowadzania jakichkolwiek zmian lub modyfikacji.

Formularz zlecenia:

Imię i nazwisko osoby zlecającej badanie:	Dane jednostki zlecającej badanie/miejsce przesłania wyników:
Data zlecenia:	

Dane pacjenta / dawcy rodzinnego*:

Imię:	Nazwisko:	Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
PESEL:	Data urodzenia:	

W przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL należy wpisać nazwę oraz numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Stopień pokrewieństwa dawcy rodzinnego*:

Adres zamieszkania:	Telefon:
----------------------------	-----------------

Istotne dane kliniczne/rozpoznanie:.....
 wielokrotny biorca krwi oporność na transfuzje UKKP niepożądane zdarzenia i reakcje po przetoczeniu składników krwi
 inne.....

Zlecone badania(zaznaczyć właściwe):	Materiał:
<input type="checkbox"/> 1. Wykrywanie przeciwciał anti-HLA klasy I i II – screening (test LABScreen Mixed –Luminex)	krw na skrzep 5 ml
<input type="checkbox"/> 2. Wykrywanie przeciwciał anti-HLA w teście limfocytotoksycznym (LCT)	krw na skrzep 5 ml
<input type="checkbox"/> 3. Genotypowanie układu HLA klasy I i II (low resolution)	krw na EDTA 4 ml
<input type="checkbox"/> 4. Badanie przesiewowe przeciwciał przeciw płytkowych (ELISA – zestaw PakPlus)	krw na skrzep 5 ml
<input type="checkbox"/> 5. Oznaczanie antygenów płytkowych HPA metodą PCR SSP	krw na EDTA 4 ml
<input type="checkbox"/> 6. Dobór dawcy UKKP zgodnego z pacjentem w antygenach układu HLA i/lub HPA	krw na EDTA 4 ml krw na skrzep 5 ml
<input type="checkbox"/> 7. Próba krzyżowa w teście limfocytotoksycznym (LCT)	krw na skrzep 5 ml
<input type="checkbox"/> 8. Badanie HLA-B*27	krw na EDTA 4 ml
<input type="checkbox"/> 9. Badanie HLA-C*06	krw na EDTA 4 ml
<input type="checkbox"/> 10. Wstępna diagnostyka konfliktu matczyño płodowego/norodkowego w układzie HPA	Przed zleceniem konieczna konsultacja telefoniczna z PZT

UWAGA!!!

Zlecenie badań genetycznych wymaga uzupełnienia deklaracji świadomej zgody na wykonanie badań immunogenetycznych w PZT (str. 2 zlecenia).

Data pobrania materiału:	Godzina pobrania materiału:
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał(pieczątka):	

Wypełnia personel PZT:

Potwierdzenie przyjęcia próbki do badań:		
Data przyjęcia materiału do PZT:	Godzina przyjęcia materiału do PZT:	Imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał:

Kod próbki nadany przez PZT:

Ocena przydatności do badań: pozytywna negatywna

Uwagi:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach		
Nr wersji: 01	SOP-ODS-PZT-PR-01	Strona 2 z 2
Załącznik nr: 2	Wersja zał. nr: 01	Data: 01.03.2024

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ IMMUNOGENETYCZNYCH W PRACOWNI ZGODNOŚCI TKANKOWEJ, DIAGNOSTYKI CHOROŃ GENETYCZNYCH I CYTOMETRII

Dane pacjenta / dawcy rodzinnego*:												
Imię:				Nazwisko:					Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
PESEL:				Data urodzenia:								
W przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL należy wpisać nazwę oraz numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:												
Stopień pokrewieństwa dawcy rodzinnego*:												
Rodzaj materiału do badania: <input type="checkbox"/> krew na EDTA <input type="checkbox"/>												
Cel badania:												
<input type="checkbox"/> Genotypowanie układu HLA klasy I i II (<i>low resolution</i>) <input type="checkbox"/> Oznaczanie antygenów płytkowych HPA metodą PCR SSP												
<input type="checkbox"/> Badanie HLA-B*27 <input type="checkbox"/> Badanie HLA-C*06												

W przypadku gdy pacjentem jest osoba niepełnoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody:

Dane przedstawiciela ustawowego*(rodzic, opiekun prawny):												
Imię:				Nazwisko:					Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
PESEL:				Data urodzenia:								
W przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL należy wpisać nazwę oraz numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:												
Stopień pokrewieństwa dawcy rodzinnego*:												
Adres zamieszkania:						Telefon:						

- Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a przez lekarza zlecającego o znaczeniu diagnostycznym wykonywanych badań molekularnych, a także tajemnicy wyników tego badania.
Wyrażam zgodę TAK NIE (brak zgody uniemożliwia wykonanie badania genetycznego):
- na pobranie materiału i wykonanie badań genetycznych,
 - na przekazanie wyników badań genetycznych lekarzowi zlecającemu badanie,
 - na powtórne pobranie materiału w przypadku gdy badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji.
- Wyrażam / nie wyrażam zgody* na anonimowe przechowywanie mojego materiału biologicznego po zakończeniu diagnostyki.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Informujemy, że

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej 66, 25 – 734 Kielce;
- Administrator powołał inspektora danych osobowych, z którym można się skontaktować przesyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej przetargi@rckik-kielce.com.pl;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonania badań diagnostycznych oraz w sytuacjach, gdy będzie to konieczne, uzyskania z Panią/Panem kontaktu;
- Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom uprawnionym na podstawie przepisów prawa do dostępu do danych, w szczególności innym podmiotom leczniczemu w celu kontynuowania leczenia;
- Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są przepisy prawa – ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej;
- ma Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich aktualizacji, ich sprostowania, uzupełnienia, zmiany, usunięcia, ograniczenia przetwarzania – żądanie można wnieść pisemnie na adres wskazany w pkt 1, mejlowo na adres sekretariat@rckik-kielce.com.pl lub telefonicznie pod numerem 41-33-59-401.
- Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane przez 30 lat od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono Pani/Panu świadczenia zdrowotnego, z którym związane są podane przez Panią/Pana dane osobowe;
- Podanie danych jest wymogiem prawnym, a ich niepodanie uniemożliwia wykonanie badań w Pracowni Zgodności Tkankowej, Diagnostyki Chorób Genetycznych i Cytometrii;
- Szczegółowe informacje dotyczące innych przysługujących Pani/Panu praw można uzyskać od inspektora ochrony danych.

Jeżeli w okresie między pobraniem materiału do badania, a datą wydania wyniku niepełnoletni pacjent ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody.

Zleceniobiorca deklaruje, że laboratorium działa bezstronnie, zachowuje poufność wszystkich informacji i jest odpowiedzialne za zarządzanie informacjami powierzonymi lub wytworzonymi w czasie badań. Informacje podane przez Zleceniodawcę są wykorzystywane w celu wydania wyników badania, a sprawozdania z badań wydawane są wyłącznie Zleceniodawcy.

*niepotrzebne skreślić