

ZGODA NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH NA MATERIALE PORONIONYM

Nazwisko i Imię Data urodzenia

PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Adres zamieszkania: kod.....miejsowość.....ul.....

nr/..... Telefon

1. Wyrażam zgodę na wykonanie badań genetycznych na materiale uzyskanym z poronienia (zaznaczyć).

Zakres badania: płeć płodu aneuploidie chromosomów: 13,15,16,18,21,22,X,Y z płcią płodu

2. Wyrażam zgodę na pobranie ode mnie krwi, celem weryfikacji wyników badań genetycznych wykonanych na materiale uzyskanym z poronienia (kontrola kontaminacji), czyli zanieczyszczenia badanego materiału materiałem pacjentki

3. Rozumiem, że mogę zrezygnować z prowadzonych badań diagnostycznych na każdym ich etapie, jednakże w takim przypadku poniosę koszty wykonanych etapów badania.

4. Dostarczono: materiał z poronienia krew pacjentki (zaznaczyć)
data podpis

Terminy

Badanie płci płodu: do 6 tygodni, termin przyspieszony (za dodatkową opłatą, patrz cennik): 10 dni roboczych

Badanie aneuploidii: test kontaminacji do 3 tygodni, wynik końcowy: do 6 tygodni.

Odbiór wyników

Przyjmuję do wiadomości, że wynik badania genetycznego wraz z poradą genetyczną jest własnością Pacjenta i może zostać odebrany osobiście.

W przypadku braku możliwości osobistego odbioru wyniku i porady należy wskazać osobę upoważnioną.

Nazwisko i imię osoby upoważnionej do odbioru wyniku

Data urodzeniaPESEL / nr dowodu osobistego

data.....

.....
podpis osoby upoważniającej

Informacja

Wielospecjalistyczna Przychodnia Lekarska FUM
Poradnia Genetyczna
ul. M. Curie-Skłodowskiej 50-52, 50-369 Wrocław
rejestracja tel. 791-831-119 fax. 71-7841260
e-mail: poradniagenetyczna@fundacjaam.pl

1. Około 30% ciąż ulega samoistnemu poronieniu. W dużej liczbie przypadków przyczyną poronienia jest obecność aberracji chromosomowej u płodu (najczęściej zmiana liczby chromosomów).
Badanie materiału z poronienia może być wykonane z wykorzystaniem różnych metod diagnostycznych. Najczęściej stosowane w celu identyfikacji liczbowych aberracji chromosomowych są techniki QF-PCR, MLPA, aCGH.
Szczegółowy opis zakresu diagnostycznego poszczególnych badań został zawarty w cenniku badań.
2. W przypadku badania aneuploidii chromosomowych konieczne jest dostarczenie krwi pacjentki w celu oceny kontaminacji materiału z poronienia.
 - W przypadku stwierdzenia kontaminacji lub całkowitej zgodności DNA z poronienia z DNA pacjentki – brak możliwości wykonania badania w kierunku aneuploidii i ustalenia płci płodu. Oплата za badanie nie jest zwracana.
 - W przypadku braku kontaminacji wykonywana jest druga część badania (pacjent jest informowany telefonicznie o konieczności wniesienia drugiej części opłaty).
3. W niektórych sytuacjach wynik badania może być niediagnostyczny (niemożliwa jest analiza aneuploidii i określenie płci płodu). W takim przypadku wydawany jest „nieinformatywny wynik analizy DNA”, opłata za wykonane badanie nie zostanie zwrócona.
4. Każdorazowo po wykonaniu diagnostyki genetycznej na materiale z poronienia wskazane jest uzyskanie porady genetycznej. Pacjentka wraz z mężem/partnerem powinna zgłosić się/być skierowana do poradni genetycznej.
5. **Materiał do badania powinien być wielkości około 1cmx1cm (maksymalnie).** Materiałem do badań może być fragment kosmówki, fragment popłodu (np. pępowina, łożysko), fragment tkanki płodu (np. fibroblasty). **Materiał jest w całości wykorzystany do izolacji DNA i w związku z tym nie ma możliwości zwrócenia tego materiału pacjentce.**

data..... podpis pacjentka

Wypełnia lekarz ginekolog:

Oświadczam, że materiał z poronienia **fragment kosmówki/fragment pępowiny**

(niepotrzebne skreślić)

wielkości około 1cm² został pobrany w dniu.....od pacjentki (nazwisko i imię).....ur.....

Laboratorium nie przyjmuje do badania innego materiału niż wyżej wymieniony. Patrz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783) § 2 **Za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży**” oraz § 10 **Przewożenie zwłok jest dozwolone specjalnie do tego celu przeznaczonymi środkami przewozowymi.**

Podpis i pieczęć lekarza