

Numer zlecenia:
Wypełnia laboratorium

Data i godzina przyjęcia
materiału do laboratorium:

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ:

Ważne! Wynik badania dostępny będzie w panelu pacjenta pod adresem: <https://klient.testdna.pl>. Do zalogowania NIEZBĘDNE jest podanie prawidłowego adresu e-mail oraz numeru telefonu. Nieczytelne wpisanie danych może uniemożliwić odbiór wyniku.

Imię i nazwisko zleceniodawcy*:

E-mail*: Telefon*:

Hasło bezpieczeństwa do kontaktu z laboratorium. WYMYŚL I ZAPAMIĘTAJ*:

OSOBA 1	OSOBA 2	OSOBA 3	OSOBA 4
IMIĘ*: <input type="text"/>	IMIĘ*: <input type="text"/>	IMIĘ*: <input type="text"/>	IMIĘ*: <input type="text"/>
NAZWISKO*: <input type="text"/>	NAZWISKO*: <input type="text"/>	NAZWISKO*: <input type="text"/>	NAZWISKO*: <input type="text"/>
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA <input type="text"/>	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA <input type="text"/>	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA <input type="text"/>	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA <input type="text"/>
PESEL*: <input type="text"/>	PESEL*: <input type="text"/>	PESEL*: <input type="text"/>	PESEL*: <input type="text"/>
Data urodzenia*: <input type="text"/>	Data urodzenia*: <input type="text"/>	Data urodzenia*: <input type="text"/>	Data urodzenia*: <input type="text"/>
Płeć*: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	Płeć*: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	Płeć*: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	Płeć*: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA
Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ	<input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ	<input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ	<input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ
Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun	Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun	Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun	Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
podpis	podpis	podpis	podpis

RODZAJ BADANIA

Analiza chromosomu Y**

Analiza chromosomu X

**Analiza pokrewieństwa na podstawie analizy statystycznej, metoda akredytowana

Cel badania (proszę opisać)

Deklarowane pokrewieństwo wobec osób badanych i innych członków rodziny mogące mieć wpływ na wynik badań.

OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO BADANIE

Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.

Jednocześnie zobowiązuje się do uregulowania opłaty w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia złożenia niniejszego zamówienia oraz przyjmuję do wiadomości, że testDNA Sp. z o.o. uprawniona jest do wstrzymania się z realizacją badania do dnia uregulowania opłaty. Oświadczam, że zleceniodawca badania jest osobą pełnoletnią.

Zostałem poinformowany/a o tym, że:

1. Wyizolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zaistnieć konieczność ponownego pobrania materiału.
2. Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza (Procedura Badawcza PB-01 „Badanie DNA w multiplexowych systemach STR na potrzeby ustalenia pokrewieństwa, ustalenia profilu genetycznego i/lub identyfikacji osobniczej”, wydanie 13 z dnia 23.05.2024, pobór próbek nie jest objęty zakresem akredytacji).
3. W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.
4. W niektórych przypadkach wynik może być niejednoznacznie lub niewłaściwie zinterpretowany np. gdy: wykonano przeszczep szpiku kostnego, pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane lub wykonano transfuzję krwi w ciągu trzech miesięcy przed pobraniem materiału do badań DNA.
5. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do momentu wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia przed wydaniem wyniku, konieczne będzie podpisanie formularza „Deklaracja Świadomej zgody”.
6. Dane osobowe, co do których nie została wyrażona prawidłowo zgoda na ich przetwarzanie, nie zostaną uwzględnione w procesie badania.
7. Jestem świadomy, że wynik badania nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym. Oświadczam, że załączone próbki od osób pełnoletnich zostały pobrane za ich zgodą i wiedzą, a od osób niepełnoletnich za zgodą ich prawnych opiekunów.
8. Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
9. Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
10. Mam prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości badań i pomiarów w stosunku do metod, które miały zastosowanie przy realizacji zlecenia.
11. Jestem świadomy/a, że na wniosek organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości laboratorium ma obowiązek udostępnić dokumentację danego zlecenia.
12. Materiał niewykorzystany do badań przechowywany jest przez trzy miesiące od czasu zakończenia zlecenia i wydania sprawozdania. Po tym okresie oddawany jest do utylizacji. Lizat DNA przechowuje się do 1 roku po czym utylizuje.

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań: oświadczam i potwierdzam zgodność i autentyczność złożonego powyżej oświadczenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie.



Uwaga: Podpis we wszystkich polach zaznaczonych na żółto jest wymagany

* wymagane pola

Data i czytelny podpis osoby zamawiającej badanie