

**ZLECENIE BADANIA MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO Z PORONIENIA SAMOISTNEGO/CIĄŻY OBUMARŁEJ**

*Dokument wypełnia Pacjentka. Badania zlecane w celu profilaktyki, zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia.*

**Dane Pacjentki/matki poronionego dziecka**

Nazwisko i imię: ..... Pesel:.....  
Adres: .....  
Telefon kontaktowy ..... e-mail<sup>1</sup>: .....  
Która ciąża? ..... Tydz. ciąży: .....  
Data pobrania materiału z poronienia..... Data/godzina przyjęcia materiału z poronienia do Laboratorium.....

**A.Badanie w kierunku ustalenia płci i choroby genetycznej u obumarłego/poronionego samoistnie zarodka/płod\***

- ustalenie płci w materiale biologicznym z poronienia samoistnego/ciąży obumarłej**  
Wykonywane z materiału archiwalnego (np. bloczki parafinowe) oraz z materiału z poronienia w soli fizjologicznej.
- badanie metodą mikromacierzy klinicznej – REKOMENDACJA Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o.**  
Badanie pozwala na wykrycie wszystkich aberracji chromosomowych (liczby i struktury) oraz mikroaberracji. Wykonywane wyłącznie z materiału z poronienia w soli fizjologicznej.
- badanie aberracji chromosomowych metodą QF-PCR**  
Badanie pozwala na wykrycie aberracji chromosomów (aberracje liczb): X, Y, 13, 15, 16, 18, 21, 22. Wykonywane z materiału archiwalnego (np. bloczki parafinowe) oraz z materiału z poronienia w soli fizjologicznej.

**B.Panel wirusowy w materiale poronnym: badanie w kierunku zakażenia wirusem cytomegalii HCMV lub wirusem opryszczki HSV I/II:**

- panel wirusowy: ludzki wirus cytomegalii HCMV, wirus opryszczki HSV I/II (Real time PCR).**  
Wykonywane wyłącznie z materiału z poronienia w soli fizjologicznej.  
**UWAGA:** badanie może być przeprowadzone niezależnie od obecności kosmówki/fragmentów płodu. Materiałem do izolacji DNA może być tkanka pochodzenia matczynego (w opisanym przypadku badanie wykluczy lub potwierdzi obecność DNA badanych patogenów w organizmie matki).

**Płatność:**  Przelew – Konto BNP Paribas Bank Polska S.A. 29 1600 0003 1715 3581 5000 0006  W placówce  Gotówka  Karta  
(w przypadku wyboru przelewu termin realizacji badania liczy się od momentu zaksięgowania wpłaty na koncie)

**UWAGA:** dostarczony materiał biologiczny poddawany jest wstępnej ocenie celem identyfikacji kosmówki (właściwego materiału). Koszt wstępnej oceny (ID 501) to **130,00 zł**. Całkowita opłata za badanie materiału z poronienia pobierana jest w momencie zlecenia badania. Jeśli podczas wstępnej oceny przesłanego materiału, Laboratorium stwierdzi, że nie jest możliwa kontynuacja wybranej diagnostyki i/lub nastąpi rezygnacja z kontynuacji diagnostyki, Pacjentowi zostanie zwrócona należność za badanie pomniejszona o koszt weryfikacji czyli **130,00 zł. (ID 501)**. W tym celu prosimy o podanie numeru konta bankowego, na które zostanie zwrócona różnica:

Nr konta bankowego: .....

Wskazanie do wykonania badania (np. czy występowały wcześniej poronienia samoistne, ile razy, czy została określona płeć męska obumarłych zarodków/płodów, czy występowały genetycznie uwarunkowane poronienia samoistne u kobiet w rodzinie, a obumarły płód/zarodek był płci męskiej):

.....

Informacje o chorobach genetycznych w rodzinie (np., czy w rodzinie występowały wady genetyczne niezależnie od płci, jakie choroby, stopień pokrewieństwa):

.....

Informacje o stosowanym leczeniu:

.....

LEKARZ KIERUJĄCY	LEKARZ POBIERAJĄCY KOSMÓWKĘ	DANE DO FAKTURY
PODPIS I PIECZĄTKA	PODPIS I PIECZĄTKA	PIECZĄTKA/DANE DO FAKTURY JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ (NIP, REGON, ADRES)

Do Zlecenia **bezwzględnie należy wypełnić i załączyć** podpisane dokumenty:

1. Deklarację świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych – Załącznik nr 1
2. Oświadczenie o pochodówku – Załącznik nr 2
3. Informację o administratorze danych osobowych – Załącznik nr 3

<sup>\*</sup>w przypadku niestandardowej izolacji DNA (bloczki parafinowe, tkanka w formalinie, fragmenty łożyska) do ceny badania należy doliczyć **120,00 zł**

<sup>1</sup> proszę wypełnić w przypadku otrzymania wyniku online

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH**

Dokument wypełnia Pacjentka. Deklarację świadomej zgody na badania genetyczne wraz z formularzem zlecenia badania należy dołączyć do dostarczonego materiału biologicznego.

**1. Oświadczam, że:**

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań genetycznych dotyczących określenia płci w przesłanym materiale biologicznym z poronienia/ciąży obumarłej.
- Zostałam poinformowana, że badania genetyczne wymagają izolacji i zbankowania DNA. Na czas przeprowadzania badania materiał z poronienia i/lub wyizolowany DNA są archiwizowane w Laboratorium Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o.
- Zostałam poinformowana, iż DNA izolowany z utwalonego materiału (tkanka zatopiona w formalinie lub parafinie) może ulec degradacji, co może uniemożliwić wykonanie niektórych badań lub uzyskanie wyniku w pełni informatywnego.
- Zostałam poinformowana, że w sytuacji, gdy dostarczony materiał będzie zawierał wyłącznie tkanki pochodzenia matczynego nie jest możliwe wykonanie badań w kierunku choroby genetycznej u obumarłego/poronionego samoistnie zarodka/płod. W takiej sytuacji niemożliwe jest wykonanie badań w kierunku choroby genetycznej u obumarłego/poronionego samoistnie zarodka/płod. Możliwe jest jednak określenie płci zarodka/płod, a wydanie wyniku takiego badania nastąpi na prośbę Pacjentki.

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

- Zostałam poinformowana, że dostarczony materiał biologiczny, opisany jako „materiał z poronienia”, może zawierać wyłącznie tkanki pochodzenia matczynego. W takiej sytuacji wyrażam/nie wyrażam\* zgody na przeprowadzenie badania określenia płci w dostarczonym materiale biologicznym.

\*właściwie zaznaczyć

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****I. Upoważniam do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:**

Panią/Pana .....

zamieszkałą/ego .....

tel. kontaktowy.....

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta**II. Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych:**

Panią/Pana .....

zamieszkałą/ego .....

tel. kontaktowy.....

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta**III. Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu (odpowiednie zaznaczyć):** do informacji o moim stanie zdrowia do dokumentacji medycznej nie dotyczy.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta**IV. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dot. wyników badań, dokumentów i innych informacji medycznych na podstawie numeru zlecenia:** ONLINE<sup>1</sup> ODBIÓR OSOBISTYtelefon kom<sup>1</sup>.....

<sup>1</sup> zgadzam się, aby na wskazany powyżej nr telefonu komórkowego **przesłano kod zlecenia do odczytu wyniku badania genetycznego** w wersji online. W celu odbioru wyniku badania genetycznego należy odwiedzić stronę: <https://wyniki.diag.pl/>.

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

2. **Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz przyjmuję do wiadomości**, że zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych i Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, informujemy, że administratorem danych osobowych jest Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o., ul. Dąbrowskiego 77a, 60-529 Poznań, KRS: 0000169935, NIP: 7781356527, REGON: 631002980. Dane będą przetwarzane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym do realizacji procesu diagnostycznego.

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

3. **Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu prowadzenia badań naukowych** (w tym wykorzystania w pracach naukowych lub konferencjach branżowych) przez Administratora, jak również jego pracowników, podmioty współpracujące z Administratorem. Udzielenie zgody jest dobrowolne i może zostać w każdej chwili wycofane.

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

\*niepotrzebne skreślić

4. **Oświadczam i potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność podanych danych osobowych powyżej jak i w załączonych dokumentach.**

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

## OŚWIADCZENIE O POCHÓWKU

Dokument wypełnia Pacjentka. Oświadczenie o pochówku wraz z formularzem zlecenia badania należy dołączyć do dostarczonego materiału biologicznego.

Ja, ....., nr PESEL .....,  
(imię, nazwisko)

adres zamieszkania: .....

adres do korespondencji: .....

oświadczam, co następuje:

W przypadku stwierdzenia w materiale biologicznym z poronienia samoistnego/ciąży obumarłej zarodka/płodu lub jego fragmentów (stanowiących zwłoki w rozumieniu § 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2001 r. nr 153, poz.1783):

1. Wyrażam wolę pochówku zarodka/płodu lub jego fragmentów, zorganizowanego na moje zlecenie i koszt, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa\*;
2. Wyrażam wolę i zgodę na przekazanie zarodka/płodu lub jego fragmentów do Zakładu Pogrzebowego „Universeum” Spółdzielni Pracy w Poznaniu, w celu kremacji oraz pochówku na Polu Pamięci na cmentarzu komunalnym Miłostowo w Poznaniu, zorganizowanego na zlecenie Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. \*.

\* zakreślić Wybraną opcję znakiem „X”

Oświadczam również, że jeśli nie odbiorę materiału biologicznego w terminie 30 dni od poinformowania mnie, że znaleziono w nim zarodek/płód lub jego fragmenty, to wyrażam wolę i zgodę na przekazanie zarodka/płodu lub jego fragmentów w celu kremacji oraz pochówku zgodnie z pkt. 2 powyżej.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że materiał biologiczny, w którym nie stwierdzono zarodka, płodu lub jego fragmentów (w szczególności oczyszczonej kosmówki) po wykonaniu badania zostanie zutylicowany zgodnie z przepisami o odpadach medycznych.

Data ..... Czytelny podpis osoby udzielającej zezwolenia .....

Miejsce na dodatkowe informacje:

.....  
.....  
.....

**INFORMACJA O ADMINISTRATORZE DANYCH OSOBOWYCH**

Informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych podawanych w celu wykonania badań diagnostycznych jest:  
Diagnostyka GENESIS spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu ul. Dąbrowskiego 77a, 60-529 Poznań (KRS nr 0000169935).
2. Diagnostyka GENESIS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością powołała Inspektora Ochrony Danych, który zgodnie z postanowieniami RODO jest osobą nadzorującą przestrzeganie zasad ochrony danych w podmiocie, w którym został wyznaczony. W celu kontaktu z nim udostępnia formularz kontaktowy: <https://genesis.pl/kontakt/dane-osobowe/formularz> oraz adres mailowy: [inspektor@genesis.pl](mailto:inspektor@genesis.pl).
3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Zgodnie z art. 25. ust. 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do prowadzenia dokumentacji medycznej niezbędne jest podanie co najmniej takich danych, jak:
  - a. nazwisko i imię (imiona),
  - b. data urodzenia,
  - c. oznaczenie płci,
  - d. adres miejsca zamieszkania,
  - e. numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
  - f. w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.
  - g. numer telefonu, adres e-mail
4. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność przyjęcia przez Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. zamówienia na realizację poradnictwa genetycznego, badań diagnostycznych i innego świadczenia zdrowotnego.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania badań oraz realizacji obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej przez okres wynikający z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; tj. przez 20 lat, a w przypadku dzieci do ukończenia 2 r.ż. przez okres 22 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. W przypadku ewentualnych roszczeń okres ten może ulec wydłużeniu na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane osobom nieupoważnionym. Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępni dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona również m.in. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, a także w przypadkach wyraźnie przewidzianych aktualnie obowiązującymi przepisami.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO).

Zapoznałem się z informacją:

.....  
Miejsce, data

.....  
Podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna Prawnego

**WYTYCZNE DO BADANIA MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO Z PORONIENIA SAMOISTNEGO/  
CIAŻY OBUMARŁEJ POBRANIA**

**Laboratorium Diagnostyki Genetycznej rozpoczyna badanie jeśli do dostarczonego materiału biologicznego jest załączona kompletna, podpisana dokumentacja oraz został dokonana wpłata za wybrane badanie.**

- Materiał do badania można uzyskać w czasie zabiegu oczyszczenia jamy macicy. Po rozpoznaniu obumarłej ciąży lekarz umieszcza część materiału biologicznego w dostarczonym pojemniku. Niekiedy dochodzi do spontanicznego wydalenia jaja płodowego w domu. W takich przypadkach badanie genetyczne można również wykonać, jeśli wydany materiał biologiczny zostanie umieszczony w odpowiednim pojemniku.
- Zestaw do przechowywania materiału z poronienia składa się z jałowego pojemnika na mocz oraz 0,9% NaCl (jałowa sól fizjologiczna), które są dostępne w każdej aptece. Dodatkowo można zaopatrzyć się w zestaw do przechowywania materiału z poronienia bezpośrednio w Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o.
- Rekomendowanym materiałem do badania jest **kosmówka** zawieszana w soli fizjologicznej lub utrwalona w formalinie/ parafinie (błoczek parafinowy).
- Kosmówkę należy pobrać do jałowego pojemnika, a następnie zalać solą fizjologiczną. **Pojemnik z tkanką musi być oznaczony i zawierać co najmniej dwie dane identyfikujące Pacjenta (nazwisko i imię oraz PESEL).**  
**WAŻNE: do badania należy pobrać tylko kosmówkę, nie przyjmujemy zarodka/płodu ani jego fragmentów.**
- Po pobraniu pojemnik z kosmówką należy szczelnie zamknąć i zabezpieczyć przed uszkodzeniem i niezwłocznie dostarczyć do Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. (do 72 godz.).
- Jeśli przesłanie próbki opóźni się, materiał należy przechowywać w lodówce w temp. 2-8°C (**nie zamrażać**).
- W sytuacji, kiedy nie jest możliwe dostarczenie do badań genetycznych świeżej kosmówki, badanie można wykonać z **tkanki utrwalonej w formalinie lub w formie bloczków parafinowych**. W przypadku materiału zatopionego w bloczku parafinowym wraz z tkanką należy dostarczyć wynik badania histopatologicznego oraz preparat wykonany na szkiełku mikroskopowym.
- Jeśli wbrew zaleceniom Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. w doręczonym materiale biologicznym będzie znajdował się zarodek/płód lub jego fragmenty, pacjentka zostanie niezwłocznie poinformowana o tym fakcie telefonicznie na telefon wskazany w niniejszym formularzu wraz z pełną informacją co do dalszego postępowania zgodnie z procedurami obowiązującymi w Diagnostyka GENESIS Sp. z o. o. i obowiązującymi przepisami prawa. Jeśli materiał biologiczny przekazany do badania genetycznego nie zawiera zarodka/płodu lub jego fragmentów, Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. nie ma obowiązku informowania o tym fakcie.
- W przypadku stwierdzenia **braku właściwego materiału do wykonania badania**, zlecenie zostanie **anulowane**, a Pacjentowi zostanie zwrócona należność za badanie pomniejszona o koszt weryfikacji czyli 130,00 zł.
- **Kontakt telefoniczny:**  
(61) 626 34 36 (pon. – czw. 8.00-18.00, pt. 8.00-16.00),  
Infolinia: 601 305 306 (pon. – czw. 8.00-18.00, pt. 8.00-16.00).

**ZASADY PRZYGOTOWANIA PRZESYŁKI DO TRANSPORTU:**

Materiał biologiczny pobierany do badań genetycznych należy zawsze traktować jako materiał potencjalnie zakaźny o numerze UN 3373, zgodnie z wymogami Unii Europejskiej dotyczącymi zasad międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR). Próbki materiału biologicznego podlegają instrukcji pakowania P650.

Przesyłka powinna być odpowiednio zabezpieczona i zapewniać stabilne warunki transportu. Opakowania powinny być dobrej jakości, wystarczająco mocne, aby wytrzymały wstrząsy oraz czynności ładunkowe.

1. Przesyłka z materiałem biologicznym powinna składać się z trzech elementów:

- a) naczynia pierwotnego (próbówka lub inny odpowiedni pojemnik), który musi być odpowiednio oznakowany (patrz wyżej);
- b) opakowania pośredniego, które w razie uszkodzenia pojemnika pierwotnego, zabezpieczy przed wydostaniem się materiału biologicznego na zewnątrz (np. lignina i worek foliowy, szczelnie zamknięty);
- c) opakowania zewnętrznego (powinno być maksymalnie usztywnione) - powinno być opatrzone następującymi informacjami: dane identyfikacyjne dotyczące wysyłającego, dane identyfikacyjne dotyczące podmiotu, dla którego przesyłka jest przeznaczona, oświadczenie, że paczka zawiera materiał biologiczny z informacją: OSTROŻNIE i zalecane warunki transportowania (patrz wyżej).

2. Tak zabezpieczony materiał biologiczny należy dostarczyć do Laboratorium Diagnostyki Genetycznej w Poznaniu.

**UWAGA! Opakowania powinny zapewniać bezpieczeństwo transportu materiału biologicznego (szczelność); tak aby w razie uszkodzenia próbówki podczas transportu, krew i/lub inny materiał biologiczny nie wydostał się na zewnątrz.**