

Nazwisko pacjentki (nazwisko, imię) _____

Data urodzenia pacjentki _____

harmony

PRENATAL TEST

 Nieinwazyjne badanie przesiewowe
 trisomii 21, 18, 13 i aneuploidii chromosomów X/Y

Informacje dotyczące przebiegu ciąży w momencie pobrania próbki krwi

 Data pobrania próbki krwi . . Czas: :

 Wiek ciążowy (tygodnie + dni): +
 ciąża pojedyncza * ciąża bliźniacza

* W przypadku zespołu znikającego bliźniaka badanie Harmony® nie może być wykonane

 zapłodnienie pozaustrojowe/ zapłodnienie metodą docytoplazmatycznej iniekcji plemnika

 własna komórka jajowa komórka jajowa pochodząca od dawczyni

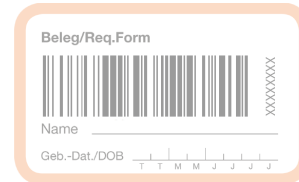
 wiek dawczyni w momencie pobrania komórki jajowej: lat

 Masa ciała pacjentki: . kg Wzrost pacjentki: cm

 Data USG: .

 Nieprawidłowości w ciąży
 (in english please): _____

W tym miejscu prosimy nakleić otrzymaną naklejkę z kodem kreskowym


 Ponowne pobranie / powtórka badania

Wybrany rodzaj badania Harmony

Niniejszym upoważniam firmę Cenata do wykonania następującego badania Harmony:

 trisomia 21, 18, 13 (HARMONY)

 trisomia 21, 18, 13 + włącznie z analizą chromosomów XY^{2,3} (HARPLCH)

Dodatkowe opcje
 + Mikrodelecja 22q11.2³
 + Określenie płci płodu

² Monosomia X, zespół Klinefeltera, aberracje chromosomowe XXX, XXY i XYY. | ³ dotyczy wyłącznie ciąż pojedynczych

Deklaracja lekarza kierującego

Niniejszym potwierdzam, że udzieliłem / am pacjentce porady zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym. Pacjentka została poinformowana o celach i ograniczeniach Badania "Harmony". Zgodnie z moimi specjalistycznymi kwalifikacjami, składam wniosek o wykonanie powyższych badań prenatalnych.

 Lekarz kierujący i adres placówki zlecającej
 (miejsca odesłania wyniku)

 Miejsce, data

 Podpis lekarza kierującego

Zgoda na przeprowadzenie badania Harmony zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym

Składając podpis na niniejszym formularzu wyrażam zgodę na wykonanie badania Harmony na podstawie próbki mojej krwi. Potwierdzam, że otrzymałam poradę i wyjaśnienia od mego lekarza prowadzącego zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym, w szczególności informację zgodną z art. 9 ust. 2 z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta, w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego leczenia badania genetycznego. Miałam możliwość zadawania pytań i omówienia charakteru badania z moim lekarzem lub osobą wyznaczoną przez mego lekarza. Poinformowano mnie o celach i ograniczeniach badania Harmony, oraz zapoznałam się i akceptuję opis badania na odwrócie skierowania. Mam świadomość faktu, że przed podpisaniem niniejszej zgody, jeśli zażadam, będę mogła otrzymać profesjonalne porady genetyczne. Zostałam poinformowana, że badanie Harmony jest badaniem przesiewowym, a jego celem nie jest postawienie ani potwierdzenie diagnozy. Badania kliniczne wykazują wysoką dokładność w wykrywaniu trisomii u płodów, lecz nie wszystkie płody z trisomią zostaną zidentyfikowane przez badanie Harmony. Jestem świadoma faktu, że w każdej chwili mogę odwołać moją zgodę, w piśmie skierowanym do mego lekarza. Ponadto, w przypadku jej odwołania, jestem obowiązana zapłacić za usługi świadczone mi do tej chwili. Zgadzam się na wykonanie badania Harmony przez Medirex Servis, s.r.o., członek MEDIREX GROUP, Galvaniho 17 /C, 820 16 Bratislava, Słowacja i Cenata GmbH, Paul-Ehrlich-Str. 23, 72076 Tübingen, Niemcy. Medirex Servis jest laboratorium licencjonowanym przez Roche

Diagnostics do wykonania badania Harmony. Cenata dokonuje autoryzacji i zapewnia dostarczenie ostatecznego wyniku do lekarza kierującego zgodnie z prawem Poinformowano mnie, że mam prawo do otrzymania informacji dotyczących wyniku badań.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i wykorzystywanie mego osocza dla celów zapewniania jakości i badawczych z zachowaniem anonimowości mojej tożsamości.

 tak nie

 Miejsce, data

 Podpis pacjentki