

### FORMULARZ ZLECENIA BADANIA

Uwaga: do zlecenia badania genetycznego i cytogenetycznego prosimy dołączyć wypełniony i podpisany przez pacjenta lub opiekuna (w przypadku osoby niepełnoletniej lub całkowicie ubezwłasnowolnionej) formularz świadomej zgody na wykonywanie badań genetycznych

DANE PACJENTA										DANE JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ LUB LEKARZA KIERUJĄCEGO									
Imię:										Pieczęć lub pełna nazwa									
Nazwisko:																			
Data urodzenia:                    -                    -																			
PESEL:																			
Płeć																			
mężczyzna																			
kobieta																			
Nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość przy braku nr PESEL:																			
Obywatelstwo:																			
Nr Paszportu <u>lub</u> Nr Dowodu osobistego:																			
Adres korespondencyjny:																			
Telefon kontaktowy:																			
Adres e-mail:																			

### RODZAJ MATERIAŁU

- |                                     |  |   |                                    |
|-------------------------------------|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> krew żylna | <input type="checkbox"/> kał                 | <input type="checkbox"/> wymaz z szyjki macicy  | <input type="checkbox"/> kleszczy  |
| <input type="checkbox"/> surowica   | <input type="checkbox"/> cytologia płynna    | <input type="checkbox"/> wymaz z cewki moczowej | <input type="checkbox"/> inne..... |
| <input type="checkbox"/> mocz       | <input type="checkbox"/> wymaz z jamy ustnej | <input type="checkbox"/> wymaz spod napletka    |                                    |
- Data i godzina pobrania próbki: .....
- Osoba pobierająca materiał: .....

### RODZAJ ZLECANEGO BADANIA

#### Badania genetyczne

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mutacja Leiden w genie czynnika V (F5)  | <input type="checkbox"/> Zespół łamliwego chromosomu X ( <i>FraX</i> )/przedwczesne wygaszanie czynności jajników związane z <i>FraX</i> ( <i>FXPOF</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Mutacja w genie czynnika II (protrombiny) (F2)  | <input type="checkbox"/> Analiza 5 mutacji w genie <i>BRCA1</i>   |
| <input type="checkbox"/> Mutacje w genie <i>MTHFR</i>  | <input type="checkbox"/> Analiza mutacji w genie <i>BRCA2</i>   |
| <input type="checkbox"/> Panel podstawowy - mutacja w genach czynnika V, czynnika II, <i>MTHFR</i>   | <input type="checkbox"/> Panel badań 5 mutacji w genie <i>BRCA1</i> i mutacja w genie <i>BRCA2</i>  |
| <input type="checkbox"/> Panel rozszerzony - mutacja w genach czynnika V, czynnika II, <i>MTHFR</i> , polimorfizm genu <i>PAI-1</i>        | <input type="checkbox"/> Panel badań 10 mutacji w 3 genach: <i>BRCA1</i> , <i>CHEK2</i> , <i>PALB2</i>  |
| <input type="checkbox"/> Polimorfizm genu <i>PAI-1</i>   | <input type="checkbox"/> Łuszczyca; Łuszczycowe Zapalenie Stawów ( <i>HLA-C*06</i> )  |
| <input type="checkbox"/> <i>AZF</i> - mikrodelecje w regionach <i>AZF<sub>a</sub></i> , <i>AZF<sub>b</sub></i> oraz <i>AZF<sub>c</sub></i> | <input type="checkbox"/> Zesztywniające Zapalenie Stawów Kręgosłupa ( <i>HLA-B27</i> )  |
| <input type="checkbox"/> Nietolerancja laktozy ( <i>LCT</i> )  | <input type="checkbox"/> Metabolizm kofeiny ( <i>CYP1A2</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Celiakia ( <i>HLA-DQ2</i> i <i>DQ8</i> )  | <input type="checkbox"/> Nietolerancja laktozy i nietolerancja fruktozy   |

**Zespół Gilberta** analiza liczby powtórzeń (TA)n w promotorze genu *UGT1A1*

**Zespół łamliwego chromosomu X (FraX)** przedwczesne wygaszanie czynności jajników związane z FraX (FXPOF) - badanie przesiewowe

**Hematocromatoza wrodzona** – 4 mutacje w genie *HFE*

**Test na ojcostwo** – do celów prywatnych

**Test na ojcostwo** – do celów sądowych

**Badania cytogenetyczne**

**Kariotyp w limfocytach krwi obwodowej**

**Kariotyp w amniocytach**

**Kariotyp w fibroblastach skóry**

**Oznaczenie płci poronionego płodu**

**Aneuploidie chromosomów 13, 18, 21 techniką FISH**

**Badania identyfikacji zakażeń układu moczowo-płciowego**

**HPV14** - (14 genotypów wysokoonkogennych) genotypowanie

**HPV28** - (19 genotypów wysokoonkogennych i 9 niskoonkogennych) genotypowanie

**UROGENITAL 6** - HSV I/II, pałeczka wrzodu miękkiego, *Cytomegalowirus*, ziarnica weneryczna pachwin, krętek bładny, wirus ospy wietrznej i półpaśca

**UROGENITAL 7** - rzęsistek pochwoy, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Chlamydia jaglicy*, *Mycoplasma genitalium*, *dwoinka rzeżączki*

**PAKIET UROGENITAL 13** - UROGENITAL 6 + UROGENITAL 7

**PAKIET UROGENITAL 28** - UROGENITAL 6 + UROGENITAL 7 + *Bacterial Vaginosis* + Panel infekcji *Candida* 7

**PANEL INFЕКCJI *Candida* 7** - *Candida krusei*, *C. glabrata*, *C. dubliniensis*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. albicans*, *C. lusitaniae*

***Bacterial vaginosis*** - *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus spp.*, *Bacteroides fragilis*, *Megasphaera type 1*, *Bacterial vaginosis-associated bacteria 2*, *Mobiluncus spp*

***Mycoplasma hominis* i *Mycoplasma genitalium***

***Ureaplasma parvum* i *Ureaplasma urealyticum***

***Chlamydia trachomatis***

**Cytologia cienkoinwarstwowa LBC**

**CINTEC PLUS P16/K167**

**Badania zakażeń odkleszczowych**

***Borrelia burgdorferi sensu lato*** Real-Time PCR

***Borrelia burgdorferi*** Western Blot IgM

***Borrelia burgdorferi*** Western Blot IgG

***Borrelia burgdorferi*** Western Blot IgM i IgG

***Borrelia burgdorferi* s.l.** Western Blot IgM + IgG z rozbiem krążących kompleksów immunologicznych (KKI)

**TBEV** (wirus kleszczowego zapalenia mózgu)

**PANEL INFЕКCJI ODKLESZCZOWYCH PODSTAWOWY** (*Borrelia burgdorferi sensu lato*, TBEV)

**PANEL INFЕКCJI ODKLESZCZOWYCH ROZSZERZONY** (Panel podstawowy + *Anaplasma/Ehrlichia*, *Babesia canis*, *B.gibsoni*, *B.divergens*, *Francisella tularensis*)

**Profile alergologiczne**

**PROFIL PEDIATRYCZNY (27 alergenów + CCD)** - mix pyłku traw (tymotka łąkowa, żyto), brzoza, bylica, *Der. pteronyssinus* (roztocza), *Der. farinae* (roztocza), kot, pies, koń, *Cladosporium herbarum*, *Aspergillus fumigatus*, *Alternaria alternata*, białko jaja kurzego, żółtko jaja kurzego, mleko krowie, dorsz, alfa laktoalbumina, beta-laktoglobulina, kazeina, BSA, mąka pszenna, ryż, soja, orzeszki ziemne, orzech laskowy, marchew, ziemniak, jabłko, marker CCD

**PROFIL POKARMOWY (20 alergenów + CCD)** - białko jaja kurzego, żółtko jaja kurzego, mleko krowie, drożdże piekarskie, mąka pszenna, mąka żytnia, ryż, soja, orzeszki ziemne, orzech laskowy, migdał, jabłko, kiwi, morela, pomidor, marchew, ziemniak, seler, dorsz, krab, marker CCD

**PROFIL WZIEWNY (20 alergenów + CCD)** - tomka wonna, kupkówka pospolita, tymotka łąkowa, żyto, olcha, brzoza, leszczyna, dąb, ambrozja, bylica, babka lancetowata, *Der. pteronyssinus* (roztocza), *Der. farinae* (roztocza), ot, pies, koń, *Penicillium notatum*, *Cladosporium herbarum*, *Aspergillus fumigatus*, *Alternaria alternata*, marker CCD

**Badania identyfikacji schorzeń układu oddechowego**

**Panel wirusowych infekcji układu oddechowego – podstawowy** (Grypa A/B + RSV A/B)

**Panel wirusowych infekcji układu oddechowego – rozszerzony** (SARS-CoV2 + grypa A/B + RSV A/B)

**Panel bakteryjnych infekcji układu oddechowego - pałeczka krztuśca rzekomego, pałeczka krztuśca, Chlamydia zapalenia płuc, pałeczka grypy, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae, dwoinka zapalenia płuc**

**Panel wirusowo-bakteryjny infekcji układu oddechowego - pełny** Panel wirusowych infekcji układu oddechowego – rozszerzony + Panel bakteryjnych infekcji układu oddechowego

**Badania identyfikacji schorzeń układu pokarmowego**

<p><b>PASOŻYTY</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pakiet 1</b> - Tasiemiec, włosogłówka, glista ludzka</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pakiet 2</b> - Pierwotniaki</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pakiet 3</b> - Tasiemiec, włosogłówka, glista ludzka, pierwotniak</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pakiet 4</b> - Przywry</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pakiet 5</b> - Nicienie</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Lamblie (<i>Giardia lamblia</i>)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pierwotniak <i>Cryptosporidium parvum</i></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pakiet 6</b> – Pełzakowica <i>Entamoeba histolytica</i>, <i>Entamoeba Dispar</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Zestaw 1</b> - Pakiet 3 + Pakiet 4 + Pakiet 5</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Zestaw 3</b> - Pakiet 3 + Pakiet 4 + Pakiet 5 + zonulina + laktoferyna + kalprotektyna</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Zestaw 4</b> - Lamblie (RealTime PCR) + badanie antygenu</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Zestaw 5</b> - Pakiet 3 + badanie parazytologiczne kału</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Zestaw 6 PRZYWRWY</b> - Pakiet 4 + badanie parazytologiczne moczu i kału</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Laktoferyna</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Kalprotektyna</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Zonulina</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b><i>Helicobacter pylori</i></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b><i>Clostridium difficile</i></b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Elastaza</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Krew utajona</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>M2-PK</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Mikroflora jelit</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>slgA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>α-1 Antytrypsyna</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Beta-Defensyna-2</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>EPX (eozynofilowe białko X)</b></p>
---	---	--	---	---

**SPOSÓB ODBIORU WYNIKU**

wynik w postaci elektronicznej pobierany z platformy eLaborat

wynik w postaci papierowej wysyłany pod adres korespondencyjny

odbiór osobisty w laboratorium

**Oświadczenie pacjenta**

Wyrażam zgodę na przechowywanie pobranego ode mnie materiału biologicznego po zakończeniu badań diagnostycznych.  Tak  Nie

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie pobranego ode mnie materiału biologicznego do badań edukacyjnych i/lub naukowych mających na celu rozszerzenie wiedzy, i/lub do badań służących doskonaleniu laboratoryjnych badań diagnostycznych, z zachowaniem warunków anonimowości.  Tak  Nie

Zgadzam się na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań diagnostycznych i/lub naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby i/lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju.  Tak  Nie

Udzielam BORLAMED MLD zgodę na kontaktowanie się ze mną w przyszłości w sprawie dalszych badań diagnostycznych i naukowych.  Tak  Nie

Udzielam BORLAMED MLD zgodę na kontaktowanie się ze mną w przyszłości w związku z prowadzonymi działaniami w ramach systemu zapewnienia jakości (wyrażenie opinii na temat wykonywanych badań/obsługi klienta itp.).  Tak  Nie

Zostałam/-em poinformowana/-y o konieczności przetwarzania moich danych osobowych w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do wyżej wymienionych celów przez BORLAMED MLD, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.U.E.L.2016.119.1).