

BADANIE MATERIAŁU Z PORONIENIA SAMOISTNEGO/CIĄŻY OBUMARŁEJ

Formularz wypełnia Pacjentka. Prosimy o dołączenie go do dostarczanego materiału z poronienia/ciąży obumarłej. Informujemy, że do badania Laboratorium CGM GENESIS przyjmuje wyłącznie **kosmówkę** w soli fizjologicznej, formalinie lub parafinie (błoczek parafinowy).

Po pobraniu kosmówkę należy odpowiednio zabezpieczyć (nie zamrażać) i w ciągu 48 godzin dostarczyć do CGM GENESIS. **Kontakt telefoniczny: (61) 852-73-32, infolinia: 601 305 306 (codziennie 8:00 – 22:00).**

Jeśli w doręczonym materiale do CGM GENESIS będzie znajdował się zarodek (płód) lub jego fragmenty Pacjentka zostanie bezzwłocznie poinformowana telefonicznie oraz w formie pisemnej o tym fakcie, wraz z pełną informacją co do dalszego postępowania zgodnie z procedurami obowiązującymi w CGM GENESIS i obowiązującymi przepisami prawa. Jeśli materiał biologiczny, przekazany do badania genetycznego, nie zawiera zarodka (płodu) lub jego fragmentów CGM GENESIS nie ma obowiązku informowania o tym fakcie.

Jeśli materiał biologiczny przekazany do badania genetycznego, nie zawiera zarodka (płodu) lub jego fragmentów, CGM GENESIS nie przechowuje tkanek innych niż kosmówka zabezpieczona do izolacji DNA.

UWAGA: Na indywidualne życzenie Rodziców, materiał biologiczny płodu tj. kosmówka i/lub DNA płodu, będą wydane po uprzednim poinformowaniu Pracownika CGM GENESIS.

I. Dane pacjentki/matki poronionego dziecka:

Imię i nazwisko PESEL:.....
Adres zamieszkania
Telefon kontaktowy..... E-mail:.....
Która ciąża (np. 1-sza,2-ga, itp.)..... Tydzień ciąży.....
Lekarz kierujący:..... Lekarz prowadzący:.....
Lekarz pobierający kosmówkę:.....

II. Proszę o wykonanie badania materiału z poronienia samoistnego/ciąży obumarłej (zaznaczyć odpowiednie badanie):

A. Badanie w kierunku choroby genetycznej u obumarłego/poronionego samoistnie zarodka/płodu

- Badanie metodą mikromacierzy klinicznej – REKOMENDACJA CGM GENESIS 1690 zł**
Pozwala na wykrycie wszystkich aberracji chromosomowych (liczby i struktury) i mikroaberracji; płęć płodu
- Badanie chromosomów (aberracje liczby) : X, Y, 13, 15, 16, 18, 21, 22, płęć płodu (QF-PCR) 850 zł**
Rekomendacja badania materiału archiwalnego (np. błoczki parafinowe)

B. Badanie w kierunku ustalenia płci płodu

- Ustalenie płci płodu - badanie chromosomów X i Y (QF-PCR) **430 zł**

C. Badanie w kierunku zakażenia wybranymi patogenami obumarłego/poronionego samoistnie zarodka/płodu

- Panel wirusowy: ludzki wirus cytomegalii HCMV, wirus opryszczki HSV I/II (Real time PCR) **230 zł**
- Wirus cytomegalii HCMV (Real time PCR) **185 zł**
- Wirus opryszczki HSV I/II (Real time PCR) - różnicowanie **210 zł**

Pełna oferta badań infekcyjnych przyczyn poronienia na stronie www.genesis.pl/strona/36, bądź pod numerem tel.: 61 852 73 32 lub Infolinii: 601 305 306.

Uwaga: w przypadku niestandardowej izolacji DNA (błoczki parafinowe, tkanka w formalinie, fragmenty łożyska, kość) do ceny badania należy doliczyć **95 zł**.

Platność: Przelew **Konto PKO BANK POLSKI nr: 30 1020 4027 0000 1102 1251 9437**

W placówce

Karta

Gotówka

.....
Data

.....
Podpis

Deklaracja świadomej zgody na badania genetyczne

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań genetycznych materiału z poronienia/ciąży obumarłej w celu ustalenia, czy przyczyną poronienia samoistnego/obumarcia ciąży była choroba genetyczna (aberracja chromosomowa/rearanżacja genomowa) u zarodka/płodu. Zostałam poinformowana, że badania dotyczą kosmówki i wymagają izolacji i zbankowania DNA. Oczyszczona kosmówka i/lub wyizolowane DNA są archiwizowane w Laboratorium CGM Genesis.

Wyrażam zgodę na molekularne badanie patogenów wirusowych i/lub bakteryjnych materiału z poronienia/ciąży obumarłej.

.....
Data

.....
Podpis

Formularz zastępuje wywiad zbierany przez lekarza w poradni genetycznej, dlatego należy dołożyć starań, aby informacje były rzetelne. Będą one analizowane przez lekarza genetyka przy opracowywaniu wyników badania i wydawaniu zaleceń. Jeżeli zabraknie miejsca na formularzu, proszę opisać na dodatkowej kartce. **Wszystkie podane informacje i dane osobowe są objęte ścisłą tajemnicą lekarską.**

III. Dane dotyczące aktualnego poronienia/obumarca aktualnej ciąży

Data i godzina pobrania materiału z poronienia:

Kto pobierał materiał z poronienia: Lekarz w czasie zabiegu Pacjentka po poronieniu jaja płodowego

Jak uzyskano ciążę, z której materiał ma być badany genetycznie:

W sposób naturalny, w czasie krótszym niż rok od podjęcia starań o dziecko

W sposób naturalny, ale po dłuższym okresie braku ciąży? jak długim?

Po inseminacji nasieniem partnera Po inseminacji nasieniem dawcy Po *in vitro* (IVF) lub ICSI

Dodatkowe uwagi:

Czy w ciąży, z której materiał z poronienia ma być obecnie badany pacjentka chorowała? Tak Nie

Jeśli tak, w którym tygodniu, na co, czy przyjmowała leki, jakie?

.....

Czy w ciąży, z której materiał z poronienia ma być obecnie badany, było badanie USG:

Jeśli było USG, to czy jego wynik był prawidłowy: Tak Nie

Jeśli był nieprawidłowy, to jakie nieprawidłowości wykryto w badaniu USG – proszę opisać (można dołączyć kopię wyniku USG):

.....

.....

IV. Dane dotyczące pacjentki/matki poronionego dziecka:

Wiek:

Choroby genetyczne:

Wady wrodzone:

Choroby przewlekłe (np. cukrzyca, padaczka):

Czy na stałe przyjmuje leki? Jakże?

Zawód wykonywany:

Czy w pracy lub w domu jest narażenie na czynniki, które mogły być szkodliwe dla płodu

Tak Nie

(jakie).....

Ile było poprzednich ciąż?

Jeśli były poprzednie ciążę, proszę podać ich rok i informacje jak się zakończyły (np. 2007 - zdrowa córka; np. 2008 – obumarcie ciąży w 8 tyg.)

I ciąża

II ciąża

III ciąża

IV ciąża

V ciąża

Badania podczas ciąży, z której kosmówka ma być obecnie badana:

Toksoplazmoza (*Toxoplasma gondii*) - czy wykonano badanie, w którym tyg. ciąży?:

Różyczka (*Rubella virus*) - czy wykonano badanie, w którym tyg. ciąży?:

Wirus cytomegalii(CMV) - czy wykonano badanie, w którym tyg. ciąży?:

Wirus opryszczki (HSV-1, HSV-2) - czy wykonano badanie, w którym tyg. ciąży?:

Czy była u Pani wykonywana diagnostyka zakażeń dróg moczowo-płciowych następującymi patogenami:

Chłamydioza (*Chlamydia trachomatis*) Tak Nie

Rzeżączka(*Neisseria gonorrhoeae*) Tak Nie

Ureaplasma (*Ureaplasma urealyticum*) Tak Nie

Mycoplasma (*Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*) Tak Nie

Kariotyp pacjentki (z limfocytów):

Czy był badany? Tak Nie

Jeśli tak, to jaki jest wynik badania i gdzie badanie było wykonane?

.....

Wywiad rodzinny:

Czy w rodzinie były poronienia samoistne? Tak Nie

Jeśli tak, u kogo i ile? (Matka? Siostra? Bratowa? Ciotka? Żona wujka? Kuzynka? Żona kuzyna? Inna osoba w rodzinie - kto?)

.....

Czy w rodzinie była niepłodność (brak ciąży)? Tak Nie

Jeśli tak, to u kogo?

Czy w rodzinie były porody martwe?

Czy w rodzinie były osoby z wadami wrodzonymi, niepełnosprawnością intelektualną lub mózgowym porażeniem dziecięcym? Tak Nie

Jeśli tak, to u kogo?

V. Dane dotyczące partnera/ojca poronionego dziecka:

Wiek:
Choroby genetyczne:.....
Wady wrodzone:.....
Choroby przewlekłe:.....
Czy na stałe przyjmuje leki? Jakże?
Zawód wykonywany:

Czy w pracy lub w domu jest narażenie na czynniki, które mogły być szkodliwe dla płodu? Tak Nie
 Tak Nie

Kariotyp partnera/ojca poronionego dziecka (z limfocytów):

Jeśli tak, to jaki jest wynik badania i gdzie badanie było wykonane?

Tak Nie

Wywiad rodzinny: Czy w rodzinie były poronienia samoistne?

Jeśli tak, u kogo i ile? (Matka? Siostra? Bratowa? Ciotka? Żona wujka? Kuzynka? Żona kuzyna? Inna osoba w rodzinie – kto?)

Czy w rodzinie była niepłodność (brak ciąży)? Tak Nie

Jeśli tak, to u kogo?

Czy w rodzinie były porody martwe? Tak Nie

Jeśli tak, to u kogo?

Czy w rodzinie były osoby z wadami wrodzonymi, niepełnosprawnością intelektualną, mózgowym porażeniem dziecięcym? Tak Nie

Jeśli tak, to u kogo?

VI. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dot. wyników badań, dokumentów i innych informacji medycznych za pomocą:

przesyłka listowa e-wynik* odbiór osobisty

adres e-mail:

* koniecznym jest zarejestrowanie konta w serwisie e-GENESIS

Jeśli nie odbiorę dokumentacji medycznej, osobiście lub za pomocą e-wyniku, w terminie do 2 m-cy, wyrażam zgodę na przesłanie ww. dokumentów listem poleconym na wskazany poniżej adres:

.....

.....
Data i czytelny podpis Pacjentki

VII. Upoważniam do dostarczenia kosmówki oraz dostępu do dokumentacji medycznej i informacji dot. wyników badań:

Panią/Pana

zamieszkałą/ego.....

tel. kontaktowy..... e-mail:.....

.....
Data i czytelny podpis Pacjentki

VIII. Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych, przetwarzanie i ujawnianie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji procesu diagnostycznego w CGM GENESIS.

.....
Data i czytelny podpis Pacjentki

.....
[Miejscowość, data]

OŚWIADCZENIE

Ja, nr PESEL,
Imię i nazwisko

legitymująca/y się dowodem osobistym seria.....nr.....,
adres zamieszkania.....,
adres do korespondencji,
stopień pokrewieństwa oświadczam, co następuje:

w przypadku stwierdzenia w materiale z poronienia samoistnego/ciąży obumarłej zarodka/płodu lub jego fragmentów:

- I. ¹ Wyrażam wolę zorganizowanego na moje zlecenie i koszt, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, pochówku zarodka/płodu lub jego fragmentów;
- II. ¹ Nie wyrażam woli pochówku zarodka/płodu lub jego fragmentów zorganizowanego na moje zlecenie. Wyrażam jednocześnie wolę i zgodę na przekazanie zarodka/płodu lub jego fragmentów w celu kremacji oraz pochówku zorganizowanego na zlecenie CGM GENESIS na Polu Pamięci na cmentarzu komunalnym Miłostowo w Poznaniu.

Oświadczam również, iż jeżeli pomimo deklaracji określonej w pkt. I. powyżej, nie odbiorę w celu pochówku na moje zlecenie zarodka/płodu lub jego fragmentów w terminie 60 dni od dnia od powzięcia informacji o obecności zarodka/płodu lub jego fragmentów w przekazanym materiale do badania, wyrażam wolę i zgodę na przekazanie zarodka/płodu lub jego fragmentów w celu kremacji oraz pochówku zorganizowanego na zlecenie CGM GENESIS na Polu Pamięci na cmentarzu komunalnym Miłostowo w Poznaniu.

Jednocześnie oświadczam, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność w związku z udzieleniem zezwoleń wskazanych powyżej, a jakiegokolwiek powstałe w przyszłości roszczenia członków rodziny, mogą być kierowane tylko w stosunku do mojej osoby.

.....
[czytelny podpis osoby udzielającej zezwolenia]

¹ zakreślić wybraną opcję znakiem „X”

Miejsce na dodatkowe informacje:

.....

.....

.....