

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach		
Nr wersji: 01	SOP-PKB-PR-01	Strona 1 z 2
Załącznik nr: 2	Wersja zał. nr: 01	Data: 01.09.2024

Formularz zlecenia oraz świadomej zgody na wykonanie badań immunogenetycznych w Pracowni Krwinek Białych i Płytek Krwi (PKB) Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach

25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 66 tel.: 41 33 59 423; 41 33 59 401

Uwaga!: W przypadku korzystania z formularza zlecenia udostępnionego na stronie internetowej zabrania się wprowadzania jakichkolwiek zmian lub modyfikacji.

Formularz zlecenia:

Imię i nazwisko osoby zlecającej badanie:	Dane jednostki zlecającej badanie/miejsce przesłania wyników:
Data zlecenia:.....	

Dane pacjenta / dawcy rodzinnego*:

Imię:	Nazwisko:	Płeć: K ☐ M ☐
PESEL:		Data urodzenia:

W przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL należy wpisać nazwę oraz numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Stopień pokrewieństwa dawcy rodzinnego*:

Adres zamieszkania:	Telefon:
---------------------	----------

Istotne dane kliniczne/rozpoznanie:.....

☐ wielokrotny biorca krwi ☐ oporność na transfuzje UKKP ☐ niepożądane zdarzenia i reakcje po przetoczeniu składników krwi

☐ inne.....

Zlecone badania(zaznaczyć właściwe):	Materiał:
☐ 1. Wykrywanie przeciwciał anty-HLA klasy I i II – screening (test LABScreen Mixed –Luminex)	krew na skrzep 5 ml
☐ 2. Wykrywanie przeciwciał anty-HLA w teście limfocytotoksycznym (LCT)	krew na skrzep 5 ml
☐ 3. Genotypowanie układu HLA klasy I i II (low resolution)	krew na EDTA 4 ml
☐ 4. Badanie przesiewowe przeciwciał przeciwplatek (ELISA – zestaw PakPlus)	krew na skrzep 5 ml
☐ 5. Oznaczanie antygenów płytkowych HPA metodą PCR SSP	krew na EDTA 4 ml
☐ 6. Dobór dawcy UKKPzgodnego z pacjentem w antygenach układu HLA i/lub HPA	krew na EDTA 4 ml krew na skrzep 5 ml
☐ 7. Próba krzyżowa w teście limfocytotoksycznym (LCT)	krew na skrzep 5 ml
☐ 8. Badanie HLA-B*27	krew na EDTA 4 ml
☐ 9. Badanie HLA-C*06	krew na EDTA 4 ml
☐ 10. Wstępna diagnostyka konfliktu matczyno płodowego/novorodkowego w układzie HPA	Przed zleceniem konieczna konsultacja telefoniczna z PKB

UWAGA!!!

Zlecenie badań genetycznych wymaga uzupełnienia deklaracji świadomej zgody na wykonanie badań immunogenetycznych w PKB (str. 2 zlecenia).

Data pobrania materiału:	Godzina pobrania materiału:
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał(pieczętka):	

Wypełnia personel PKB:

Potwierdzenie przyjęcia próbki do badań:		
Data przyjęcia materiału do PKB:	Godzina przyjęcia materiału do PKB:	Imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał:

Kod próbki nadany przez PKB:

Ocena przydatności do badań: ☐ pozytywna ☐ negatywna

Uwagi:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach		
Nr wersji: 01	SOP-PKB-PR-01	Strona 2 z 2
Załącznik nr: 2	Wersja zał. nr: 01	Data: 01.09.2024

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ IMMUNOGENETYCZNYCH
W PRACOWNI KRWINEK BIAŁYCH I PŁYTEK KRWI**

Dane pacjenta / dawcy rodzinnego*:																	
Imię:								Nazwisko:								Płeć: K ☐ M ☐	
PESEL:								Data urodzenia:									
W przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL należy wpisać nazwę oraz numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:																	
Stopień pokrewieństwa dawcy rodzinnego*:																	
Rodzaj materiału do badania: ☐ krew na EDTA ☐																	
Cel badania:																	
☐ Genotypowanie układu HLA klasy I i II (low resolution) ☐ Oznaczanie antygenów płytkowych HPA metodą PCR SSP ☐ Badanie HLA-B*27 ☐ Badanie HLA-C*06																	

W przypadku gdy pacjentem jest osoba niepełnoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody:

Dane przedstawiciela ustawowego*(rodzic, opiekun prawny):																	
Imię:								Nazwisko:								Płeć: K ☐ M ☐	
PESEL:								Data urodzenia:									
W przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL należy wpisać nazwę oraz numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:																	
Stopień pokrewieństwa dawcy rodzinnego*:																	
Adres zamieszkania:												Telefon:					

- ☐ Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a przez lekarza zlecającego o znaczeniu diagnostycznym wykonywanych badań molekularnych, a także tajemnicy wyników tego badania.
- Wyrażam zgodę ☐ TAK ☐ NIE (brak zgody uniemożliwia wykonanie badania genetycznego):
- na pobranie materiału i wykonanie badań genetycznych,
 - na przekazanie wyników badań genetycznych lekarzowi zlecającemu badanie,
 - na powtórne pobranie materiału w przypadku gdy badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji.
- ☐ Wyrażam / nie wyrażam zgody* na anonimowe przechowywanie mojego materiału biologicznego po zakończeniu diagnostyki.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Informujemy, że

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej 66, 25 – 734 Kielce;
- Administrator powołał inspektora danych osobowych, z którym można się skontaktować przysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej przetargi@rckik-kielce.com.pl;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonania badań diagnostycznych oraz w sytuacjach, gdy będzie to konieczne, uzyskania z Panią/Panem kontaktu;
- Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom uprawnionym na podstawie przepisów prawa do dostępu do danych, w szczególności innym podmiotom leczniczym w celu kontynuowania leczenia;
- Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są przepisy prawa – ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej;
- ma Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich aktualizacji, ich sprostowania, uzupełnienia, zmiany, usunięcia, ograniczenia przetwarzania – żądanie można wnieść pisemnie na adres wskazany w pkt 1, mejlowo na adres sekretariat@rckik-kielce.com.pl lub telefonicznie pod numerem 41-33-59-401.
- Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane przez 30 lat od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono Pani/Panu świadczenia zdrowotnego, z którym związane są podane przez Panią/Pana dane osobowe;
- Podanie danych jest wymogiem prawnym, a ich niepodanie uniemożliwia wykonanie badań w Pracowni Kwinek Białych i Płytek Krwi;
- Szczegółowe informacje dotyczące innych przysługujących Pani/Panu praw można uzyskać od inspektora ochrony danych.

Jeżeli w okresie między pobraniem materiału do badania, a datą wydania wyniku niepełnoletni pacjent ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody.

Zleceniobiorca deklaruje, że laboratorium działa bezstronnie, zachowuje poufność wszystkich informacji i jest odpowiedzialne za zarządzanie informacjami powierzonymi lub wytworzonymi w czasie badań. Informacje podane przez Zleceniodawcę są wykorzystywane w celu wydania wyników badania, a sprawozdania z badań wydawane są wyłącznie Zleceniodawcy.

*niepotrzebne skreślić