

Žiadamka

Onkogenetika – Hereditárne nádorové ochorenia



Rodné číslo	Dátum narodenia	Dátum a čas odberu	Pečiatka a podpis lekára
Priezvisko	Meno	Diagnóza slovom	
Adresa (ulica, číslo domu, mesto/obec, PSČ)			
Kód ZP	Samoplatca faktúra ☐ lekár ☐ pacient	Kód krajiny	Pohlavie ☐ muž ☐ žena
IČ EU	Telefónne číslo	P kód	A kód
Dg 1	Dg 2	Dg 3	E-mail
			Kód hospitalizačného prípadu



NEVYHNUTNÉ ÚDAJE K VYŠETRENIU

ANALÝZA PANELU GÉNOV METÓDOU NGS

- ☐ Hereditárne nádorové syndrómy
- ☐ HBOC syndróm
- ☐ Hereditárne endokrinné tumory
- ☐ Hereditárne karcinómy kolorekta_Lynchov syndróm_Polypóza
- ☐ Paraganglióm a feochromocytóm
- ☐ Panel vybraných génov

Špecifikujte gény:

Uveďte klinicky relevantné HPO termíny:

ANALÝZA VYBRANÝCH OCHORENÍ / SYNDRÓMOV

Syndróm / Ochorenie:

Špecifikujte Lokus / Gén / Variant:

SEGREGAČNÁ ANALÝZA

Symptomatológia vyšetovaného:

Meno a rodné číslo probanda: Žiadané vyšetrenie (špecifikujte Lokus / Gén / Variant):

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

- ☐ Potvrdzujem, že informovaný súhlas s vykonaním špecifických molekulárno-genetických vyšetrení, vrátane odberu biologického materiálu, je založený v dokumentácii u indikujúceho lekára.
- ☐ Potvrdzujem, že som bol/-a poučený/-á o podstate, účele a dopade výsledkov špecifických molekulárno-genetických vyšetrení.
- ☐ Súhlasím so spracovaním osobných údajov pre účely nevyhnutné k poskytnutiu vyšetrenia v plnom rozsahu.
- ☐ Súhlasím / ☐ Nesúhlasím s archiváciou vyšetovaného biologického materiálu.

V prípade špecifického nálezu s anonymizovanou archiváciou mojej vzorky DNA na účely referenčnej vzorky vo vyšetrujúcom laboratóriu
☐ súhlasím ☐ nesúhlasím

V prípade NGS analýz:

- s archiváciou genomických dát pre účely opätovných analýz: ☐ súhlasím ☐ nesúhlasím
- s reportovaním sekundárnych nálezov: ☐ súhlasím ☐ nesúhlasím
- s reportovaním náhodných nálezov: ☐ súhlasím ☐ nesúhlasím

Osobné údaje sú spracovávané na účely stanovenia klinickej diagnózy a služieb s tým spojených.
Viac informácií o spracovaní vašich osobných údajov a o právach nájdete na www.agellab.sk

Dátum: Podpis pacienta