SYNLAB

VONALKÓD

GENETIKAI VIZSGÁLATOK KÉRŐLAPJA

BEKÜLDŐ INTÉZMÉNY NEVE, CÍME (INTÉZMÉNYPECSÉT)

Telefon: ☐☐ – ☐☐ / ☐☐☐☐☐☐☐

Kötelezően kitöltendő adatok. Információ a hátoldalon. >

Fizetési mód

- ☐ Csekk vagy bizonylat (a kérőlaphoz tűzve)
- ☐ Készpénz
- ☐ Szerződéses (szerződés alapján utólag)

Térítési kategória [1]

☐

ORVOS ADATAI

Név

Aláírás

Orvosi P.H.

Pecsétszám

☐☐☐☐☐ / ☐

Indexszámok magyarázata a hátoldalon. >

PÁCIENS ADATAI

Név

Születési idő ☐☐☐☐ év ☐☐ hó ☐☐ nap Férfi ☐ Nő ☐ TAJ [2] ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐

Anyja neve

Lakcím

Mintavétel dátuma ☐☐☐☐ év ☐☐ hó ☐☐ nap BNO ☐☐☐☐☐

LELETKÜLDÉS MÓDJA

- ☐ A beküldő címére ☐ A páciens címére
- ☐ Más címre, éspedig: _____
- ☐ E-mailen a beküldőnek (benyújtott nyilatkozat alapján)

MINTATÍPUS

- ☐ EDTA-s vér (lila kupakos)
- ☐ Szájnyálkahártya-törlet (Copan FLOQSwab)

KÖTELEZŐEN KITÖLTENDŐ ÉS ALÁÍRANDÓ NYILATKOZAT GENETIKAI MINTAVÉTELHEZ

Alulírott hozzájárulok ahhoz, hogy tőlem az e kérőlapon megjelölt genetikai vizsgálat elvégzéséhez mintát vegyenek, a vizsgálatot elvégezzék, a genetikai mintámat, a személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálattal kapott genetikai adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően tárolják. Tudomásul veszem, hogy a genetikai mintát szükség esetén a kért vizsgálat elvégzése céljából – az adatvédelmi szabályoknak megfelelően – más laboratóriumba továbbíthatják. A részletes tájékoztatás a minta- és adattovábbításról megtalálható a vérvételi helyeinken és a honlapunkon (www.synlab.hu) lévő Adatvédelmi tájékoztatóban. Tájékoztatjuk, hogy az elsődleges vizsgálati minta az eredménykiadást követően 14 napon belül megsemmisítésre kerül, az érintettnek a módszerfejlesztési, minőségbiztosítási célokra történő felhasználáshoz való hozzájárulásának hiányában az elsődleges mintából készült DNS-oldat 30 napon belül kerül megsemmisítésre, a genetikai adatot (csak kifejezetten a vizsgálat eredményeképpen keletkezett egészségügyi adatot) a személyazonosító adatokkal együtt jogszabály szerint 30 évig tároljuk. Tudomásul veszem, hogy a genetikai adat személyesen velem (mint érintettel, vagy az érintett törvényes képviselőjével), hitelesített meghatalmazottammal, illetve azzal közölhető, aki a vonatkozó törvény alapján a genetikai adat megismerésére jogosult. Tájékoztatjuk, hogy az Ön adatait az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, az általános adatvédelmi rendelet (2016/679/EU – General Data Protection Regulation – GDPR) és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, illetve a humángenetikai adatok védelméről, a humángenetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól szóló 2008. évi XXI. törvény szerint kezeljük.

Dátum: ..... Aláírás: .....

Nyilatkozom, hogy a vizsgálatot orvosom, illetve genetikai tanácsadó javaslatára végeztetem, a konzultációs eljárás során jogszabály alapján arra jogosult személytől, illetve a mintavétel előtt tájékoztatást kaptam a mintavétel céljáról, a vizsgálat elvégzésének vagy elmaradásának előnyeiről és kockázatairól, a lehetséges eredményeknek a magamat és közeli hozzátartozóimat érintő esetleges következményeiről, valamint az eredménnyel felkeresem részletes megbeszélés céljából orvosom és/vagy a genetikai tanácsadót, továbbá – szükség esetén – genetikai tanácsadáson veszek részt.

Dátum: ..... Aláírás: .....

Alulírott hozzájárulok ahhoz / Nem járulok hozzá*, hogy a mintámból izolált DNS-t személyazonosításra véglegesen alkalmatlan módon módszerfejlesztési, minőségbiztosítási célokra szükség esetén felhasználják. ****A megfelelő rész aláhúzandó!*

Dátum: ..... Aláírás: .....

MAGÁNFINANSZÍROZOTT VIZSGÁLATOK

Trombóziskockázat

- ☐ V. faktor Leiden mutáció
- ☐ II. faktor (protrombin) G20210A mutáció
- ☐ MTHFR C677T mutáció
- ☐ MTHFR A1298C mutáció
- ☐ PAI-1 4G/5G polimorfizmus

- ☐ Trombózispanel
  - V. faktor Leiden mutáció
  - II. faktor G20210A mutáció
  - MTHFR C6777T mutáció

Férfi infertilitás [3]

- ☐ Y-kromoszóma mikrodelétiója (AZFa, -b, -c)
- ☐ X- és Y-kromoszóma aneuploidiája
- ☐ Cisztás fibrózis (CFTR) 35 mutáció

- ☐ Teljes férfi infertilitási panel (a 3 vizsgálat együtt)

Egyéb genetikai vizsgálat

- ☐ Laktózintolerancia (C/T-13910)
- ☐ Cöliákia (HLA) [3]
- ☐ Haemochromatosis panel (HFE C282Y, HFE H63D)
- ☐ HLA-B27 genetikai meghatározása [3]
- ☐ SRY-meghatározás [3]
- ☐ Apolipoprotein E (ApoE) – genotipizálás [3]
- ☐ BRCA Plus (emlőrákra hajlamosító 27 gén vizsgálata)[3] Cisztás fibrózis
- ☐ (CFTR) gén 35 mutációja [3]
- ☐ Cisztás fibrózis (CFTR) gén teljes szekvenciájának meghatározása [3]

Farmakogenetika

- ☐ Statinintolerancia (SLCO1B1 c.521T>C)
- ☐ CYP2C19 *2 és *17 (clopidogrel- és protonpumpagátló-metabolizmus) [3]

TÁJÉKOZTATÓ

A kérőlapot kérjük NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL kitölteni!
A négyzetekbe (☐) csak egy szám/betű/jel kerüljön. A választandó kis ☐-be **X** jelölést használjon.
Beküldő intézmény neve, címe, telefonszáma: olvashatóan töltse ki, vagy jól látható pecséttel helyettesítse.
Fizetési mód: Szerződéskötést követően havi utólagos számlát küldünk, melyet kérünk a számlasorszámra hivatkozással kiegyenlíteni.
Csekk választása esetén a kérőlaphoz a feladóvevény (vagy másolata) hozzátűzendő, amelyen a páciens szintén azonosítható kell legyen.
Egészségpénztári (EP) tagság esetén a befizetés bizonylatán kérjük feltüntetni az EP nevét és a tag azonosító számát (csekk esetében a feladóvevény és a törzsszelvény közlemény rovatában is). Bármely adat hiányában nem áll módunkban az EP elszámoláshoz szükséges számlát kiállítani.
Minden esetben kérjük a befizetett csekk feladóvevényét, vagy annak másolatát, vagy az átutalási igazolást a kérőlaphoz csatolni!

[1] **Térítési kategória:** feltétlenül kitöltendő a ☐ az alábbiak közül a megfelelő számmal vagy betűjellel:

- **1** = magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás
- **3** = államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás
- **4** = egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező, vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása
- **6** = fekvőbeteg részére végzett ellátás
- **9** = külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása
- **A** = befogadott külföldi állampolgár
- **D** = menekült, menedékes státuszt kérelmező
- **E** = elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás.

[2] **TAJ-szám:** Társadalombiztosítási Azonosító Jel. Üresen hagyása esetén adminisztratív okokból a születési dátumból generálódik. Az Európai Egészségbiztosítási Kártya, Kártyahelyettesítő nyomtatvány, illetve az E112 jelű nyomtatvány alapján kizárólag az érvényességi időn belül megkezdett ellátások vehetők igánybe. Utóbbiak esetében kérjük az okmányt fénymásolni és csatolni! A Térítési kategóriák közül az „E” választandó.
A TAJ-szám helyére az útlevélszám írandó a nem EU-országból származó betegek esetén. Vizsgálataink térítéskötelesek ebben az esetben. A Térítési kategóriák közül a „4” választandó.

[3] **Elfogadott mintatípus:** kizárólag EDTA vér.

További fontos információk:

- Munkatársainktól információt munkanapokon 8-16 óra között kérhet a következő telefonszámon: +36 1 5 888 500
- Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a laboratóriumnak nem áll módjában vizsgálati mintát vizsgálatkérő lap, illetve vizsgálatkérő lapot vizsgálati minta nélkül átvenni.
- Amennyiben az elsődleges vizsgálati minta alkalmatlan a diagnosztikus vizsgálat céljára, akkor a laboratórium haladéktalanul felveszi a kapcsolatot a vizsgálatot kérő személlyel.

Az adatlap hiányos kitöltése esetén a kért vizsgálatot a laboratórium nem tudja elvégezni!
A leletáfutási időket a mindenkori árlistánk tartalmazza.
A laboratóriumba érkező vizsgálati mintákat az eredményközlésig tároljuk.

Mintatárolás, -eltarthatóság:

- Szájnyálkahártya-törlet (Copan FLOQSwabs): a megszárított, majd bedugaszolt minta környezeti hőmérsékleten legalább 5 napig tárolható.
- Vér (lila kupakos vérvételi cső, EDTA): 2-8°C-on 4 nap, -20°C-on 1 hónap