

GENETIKAI VIZSGÁLATOK KÉRŐLAPJA

BEKÜLDŐ INTÉZMÉNY NEVE, CÍME (INTÉZMÉNYPECSÉT)

ORVOS ADATAI

 Telefon: – /

Kötelezően kitöltendő adatok. Információ a hátoldalon. >

Fizetési mód

- Csekk vagy bizonylat (a kérelaphoz tűzve)
- Késspénz
- Szerződéses (szerződés alapján utólag)
- NEAK-finanszírozott

Térítési kategória ¹

NEAK-finanszírozott vizsgálat kérése esetén kötelezően kitöltendő:

Név

Aláírás

Pecsétszám

Orvosi
P.H.

Szakrendelés NEAK-kódja

Ambuláns naplósorszám ³

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)
- RDV utáni vizelet Gen-Probe csőben (PCA3-vizsgálathoz)

KÖTELEZŐEN KITÖLTENDŐ ÉS ALÁÍRANDÓ NYILATKOZAT GENETIKAI MINTAVÉTELHEZ

Alulírott hozzájárulok ahhoz, hogy tőlem az e kérlapon megjelölt genetikai vizsgálat elvégzéséhez mintát vegyenek, a vizsgálatot elvégezzék, a genetikai mintámat, a személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálatnál kapott genetikai adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően tárolják.

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:

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 vérévételi helyeinken és a honlapunkon (www.synlab.hu) lévő Adatvédelmi tájékoztatóban.

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 aláhúzendő!

Dátum: Aláírás:

Tájékoztatom, 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-olat 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. Tájékoztatom, 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 önmegkezelési 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:

MAGÁNFINANSZÍROZOTT VIZSGÁLATOK

Trombóziskockázat

- V. faktor Leiden mutáció
- II. faktor (protrombin) G20210A mutáció
- MTHFR C677T mutáció
- MTHFR A1298C mutáció
- CBS 844ins68 mutáció
- PAI-1 4G/5G polimorfizmus

Trombózispanel

- V. faktor Leiden mutáció
- II. faktor G20210A mutáció
- MTHFR C677T mutáció

Férfi infertilitás

- Y-kromoszóma mikrodeléciója (AZFa, -b, -c)
 - X- és Y-kromoszóma aneuploidia
 - Cisztás fibrózis (CFTR) 36 mutáció
-
- Teljes férfi infertilitási panel (a 3 vizsgálat együtt)

Egyéb genetikai vizsgálat

- Laktózintolerancia (C/T-13910)
- Cöliákia (HLA)
- Haemochromatosis panel (HFE C282Y, HFE H63D)
- ACE gén del/ins variáns
- BRCA1 és BRCA2 (az 5 leggyakoribb magyarországi mutáció)
- BRCA1 és BRCA2 gének teljes szekvenálása (+MLPA) (kizárólag EDTA-s vérből)
- Cisztás fibrózis (CFTR) gén 18 mutációja
- Cisztás fibrózis (CFTR) gén 36 mutációja
- Cisztás fibrózis (CFTR) gén teljes szekvenálása (kizárólag EDTA-s vérből)

Farmakogenetika

- Koffeinlebontás (CYP1A2 -163A/C)
- Statinintolerancia (SLCO1B1 c.521T>C)
- CYP2C19 *2 és *17 (clopidogrel- és protonpumpagátló-metabolizmus)

Tumormarker

- PCA3 (prosztatatarák mRNS-marker) külföldi laboratóriumban továbbítva

NEAK-FINANSZÍROZOTT VIZSGÁLATOK

A járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet szakorvosa járóbeteg-szakellátási tevékenységi körében rendelheti.

- Statinintolerancia (SLCO1B1 c.521T>C)
- CYP2C19 *2 és *17 (clopidogrel- és protonpumpagátló-metabolizmus)
- Koffeinlebontás (CYP1A2 -163A/C)
- Cöliákia (HLA)
- Y-kromoszóma mikrodeléciója (AZFa, -b, -c)

TÁJÉKOZTATÓ

A kérélapot 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 töltsse ki, vagy jól látható pecséttel helyettesítse.

Fizetési mód: Szerződéskötetést követően havi utólagos számlát küldünk, melyet kérünk a számlaszámra hivatkozással kiegyenlíteni.

Csekk választása esetén a kérélaphoz 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 kérélapoz 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 igénybe. Utóbbiak esetében kérjük az okmányt fénymásolni és csatolni! A Térítési kategóriák közül az „E” választandó.

A TAJ-szám helyére az útleveleszám irandó a nem EU-oroszágokból származó betegek esetén. Vizsgálataink térítéskötelesek ebben az esetben. A Térítési kategóriák közül a „4” választandó.

3 Ambuláns naplósám: Járóbeteg-szakellátás esetében az első karakter 0, az azt követő nyolc karakter a nyolcjegyű naplósorszámából áll, ahol az első két számjegy a kötetszám, a további hat számjegy a kötetben belüli sorszám. Egyéb esetekre vonatkozó kitöltési útmutató: Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár közleménye az orvosi beutaló tartalmi követelményeiről és a beutalásra jogosult orvosok azonosító kódjára vonatkozó tájékoztatásról. Egészségbiztosítási Közlöny, 2006 (8): 336-337.

További fontos információk:

- Munkatársainktól információt munkanapokon 8-16 óra között kérhet a következő telefonszámon: +36 1 465 0124
- 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 leletátfutási időket a mindenkorí árlistán tartalmazza.

A laboratóriumba érkező vizsgálati mintákat az eredményközlésig tároljuk.

Mintatárolás, -eltarthatóság:

- Szájnyálkahártya-törlet (Copan FLOQSwabs): a megszártított, 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
- PCA3: 15 percen belül átönteni a GeneProbe transzport csőbe, abban szobahőn 1 nap, -20°C-on 90 nap