

ŽIADANKA

DNA testy SAMOPLATCA

Vyplní laboratórium

Číslo žiadanky _____ Prijal _____ Transport vzorky _____
 Číslo rodokmeňa _____ Dátum prijmu _____ Pošta Osobne
 Číslo online obj. _____ Čas prijmu _____ Kuriér Sanitka

Vypíňať paličkovým písmom

ÚDAJE VYŠETROVANEJ OSOBY

Meno a priezvisko	_____	Telefón	_____
Rodné číslo	_____	Email	_____
Susp. diagnóza	_____	Pohlavie	<input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž
ODOBRANÝ MATERIÁL	<input type="checkbox"/> Periférna krv v EDTA (PK) <input type="checkbox"/> Bukálny ster (BS) <input type="checkbox"/> Iný - vyplniť		
	Dátum odberu _____		

ŽIADAJÚCI LEKÁR/KLIENT

Adresa pracoviska/bydliska	_____
Upozornenie: Odber materiálu má byť uskutočnený s INFORMOVANÝM SÚHLASOM osoby, ktorý je súčasťou žiadanky	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Pečiatka a podpis lekára </div>

SPÔSOB ÚHRADY TESTU

<input type="checkbox"/> Lekár/ambulancia (test uhradí pacient v ambulancii lekárovi) Faktúra bude vystavená ambulancii/lekárovi vždy po skončení kalendárneho mesiaca za všetky vykonané testy. IČO: _____	<input type="checkbox"/> Pacient/klient (klient zaplatí test na účet laboratória) Vyšetrenie bude vykonané až po prijatí úhrady na účet a daňový doklad bude zaslaný na vyššie uvedenú mailovú adresu/adresu bydliska. Platobné údaje: IBAN: SK11 1100 0000 0026 2170 1853 Variabilný symbol: rodné číslo bez lomítka (ak máte vytvorenú online objednávku, tak uveďte číslo objednávky)
---	--



Názov testu	Špecifikácia DNA testu	Cena (€)	Materiál	Trvanie testu – prac. dni
FARMAKOGENETIKA				
<input type="checkbox"/> FarmaGEN *	Gény <i>CYP2C19</i> , <i>CYP2D6</i>	200	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> FarmaGEN Plus *	Gény <i>CYP2B6</i> , <i>CYP2C9</i> , <i>CYP2C19</i> , <i>CYP2D6</i> , <i>SLCO1B1</i> a vybrané DNA varianty v génoch <i>CYP3A5</i> , <i>CYP4F2</i> , <i>DPYD</i> , <i>TPMT</i> a <i>VKORC1</i>	300	PK, BS	20
POTRAVINOVÉ INTOLERANCIE				
<input type="checkbox"/> NUTRIscreen *	Kombinácia nižšie uvedených testov pre potravinové intolerancie	280	PK, BS	20
<input type="checkbox"/> Celiakia	Gény HLA, alely DQ2.2, DQ2.5, DQ8, DR4	100	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Laktózová intolerancia *	Gén <i>LCT</i> (c.-13910T>C, c.-22018A>G)	100	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Histamínová intolerancia *	Gén <i>AOC1</i> (c.-691G>T, c.-594A>T, c.47C>T, c.995C>T)	100	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Fruktózová intolerancia *	Gén <i>ALDOB</i> (p.A149P, p.A174D, p.N334K, del4E4)	100	PK, BS	15
SRDCOVO-CIEVNE OCHORENIA				
<input type="checkbox"/> TromboGEN *	Gény <i>F5</i> (Leiden, G1691A), <i>F2</i> (G20210A), <i>MTHFR</i> (C677T, A1298C), <i>PAI</i> (4G/5G), <i>F5</i> (R2)	140	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> KardioGEN *	Gény <i>ACE</i> (Ins/Del, resp. c.2306-105ins), <i>ITGB3</i> (resp. GPIIIa) (L89P, resp. c.176T>C, (p.Leu59Pro), <i>FGB</i> (c.-455G>A), <i>F13A1</i> (c.103G>T, p.Val35Leu), <i>AGT</i> (c.803T>C, p.Met268Thr), <i>AGTR1</i> (c.*86A>C), <i>CBS</i> (c.844ins67)	155	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> KardioGEN Plus *	Kombinácie oboch vyššie uvedených testov spolu s génom <i>APOE</i>	300	PK, BS	20

<input type="checkbox"/> Trombo Faktor 5 a 2 *	Gény <i>F5</i> (Leiden, G1691A, resp. c.1601G>A), <i>F2</i> (G20210A, c.*97G>A)	60	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Trombo MTHFR *	Gén <i>MTHFR</i> (C677T, resp. c.665C>T, p.A222V; A1298C, resp. c.1286A>C, p.E429A)	60	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Trombo PAI *	Gén <i>PAI</i> , resp. <i>SERPINE1</i> (alela 4G/5G)	60	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Trombo Faktor 5/R2 *	Gén <i>F5</i> (R2, resp. c.3980A>G, p.H1327R)	60	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Cardio/Alzheimer *	Gén <i>APOE</i> (rizikové alely E2, E3, E4)	105	PK, BS	15

NAJČASTEJŠIE GENETICKÉ OCHORENIA

<input type="checkbox"/> PREVENTscreen *	Skríningové vyšetrenie prenášateľstva najčastejších patologických mutácií závažných genetických ochorení (v génoch <i>CFTR</i> , <i>SMN1</i> , <i>SMN2</i> , <i>GJB2</i>)	380	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> PREVENTscreen Plus *	Skríningové vyšetrenie najčastejších genetických ochorení uvedených nižšie (celých génov)	530	PK, BS	20
<input type="checkbox"/> Cystická fibróza *	Gén <i>CFTR</i> (64 najčastejších mutácií, IVS8-5T)	210	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Spinálna muskul. atrofia	Gény <i>SMN1</i> , <i>SMN2</i> , <i>MLPA</i> (exón 7, 8)	125	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Hluchota *	Gén <i>GJB2</i> (c.35delG)	105	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Deficit A1AT (CHOCHP/ Hepat. dysfunkcia)	Gén <i>SERPINA1</i> , alela S (p.E264I)/alela Z (p.E342K)	105	PK, BS	20
<input type="checkbox"/> Hemochromatóza *	Gén <i>HFE</i> (p.H63D, p.S65C, p.C282Y)	105	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Gilbertov syndróm *	Gén <i>UGT1A1</i> , promótor, TATA box	60	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Wilsonova choroba *	Gén <i>ATP7B</i> , 5 najčastejších DNA variantov (c.1340del4, c.3402del, p.R778G, p.Y779X, p.H1069Q)	300	PK, BS	20

INÉ GENETICKY PODMIENENÉ OCHORENIA

<input type="checkbox"/> Mikrodelécie Y chrom.	<i>AZFa</i> , <i>AZFb</i> , <i>AZFc</i> , 14 <i>SRY</i> lokusov Y chromozómu	155	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Alopécia	Androgénna plešatosť, gény <i>EDA2R</i> , <i>AR</i> (5 vybraných variantov)	155	PK, BS	15
<input type="checkbox"/> Psoriáza	Psoriasis guttata, HLA-C*06 skupina alel (detekcia 260 subalel)	155	PK, BS	15

SEKUNDÁRNE NÁLEZY

*Pozn.: Jednotlivé vyššie uvedené testy môžu byť vyšetřované pomocou masívneho paralelného sekvenovania (Twist Custom Panel), z čoho vyplýva možnosť detekcie sekundárnych nálezov v génoch, ktoré sú označované ako povinne reportovateľné (ACMG odporúčania), a to podľa rozsahu vyšetřenia uvedeného vo výsledkovej správe.

Žiadam NEREPOROVAT' sekundárne DNA varianty

INÝ DNA TEST

Cena špecifického individuálneho testu ako aj doba trvania budú určené po konzultácii dohodou.

Vpísať špecifikáciu:

ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU A TRANSPORTNÉ PODMIENKY

Typ vzorky	Skratka	Objem, typ média	Teplota sklad.	Transportné podmienky	Dodanie vzorky od odberu
Periférna krv v EDTA	PK	1 skúmavka, min 1 ml v EDTA	4-8°C	Bežné teploty	do 15 dní
Bukálny ster	BS	Sušiť voľne na vzduchu cca 1 hod.	Bez nároku	Bežné teploty	do 15 dní
Iný	--	Kontaktovať laboratórium	--	--	--

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

1. **VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL** Uvedený na žiadanke, ktorej súčasťou je Informovaný súhlas.
2. **NÁZOV GENETICKÉHO LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA** Uvedený na žiadanke, ktorej súčasťou je Informovaný súhlas.
3. **ÚČEL GENETICKÉHO LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA (GLV)** Zistenie predispozície na chorobu/ funkciu organizmu Zistenie prítomnosti patogénov
 Overenie/potvrdenie diagnózy Iný (uviesť):

4. INFORMÁCIE O GENETICKOM LABORATÓRNOM VYŠETRENÍ (GLV):

DNA laboratórne vyšetrenie pre medicínske účely je špecializované vyšetrenie, ktoré u vyšetrovanej osoby môže viesť k potvrdeniu alebo vylúčeniu prítomnosti predispozície dedičného ochorenia a určiť riziko/pravdepodobnosť dedičného ochorenia u potomkov, príp. viesť k identifikácii rôznych patogénov a určiť riziko/pravdepodobnosť vzniku príslušného ochorenia.

Predpokladaný prínos GLV: Predikcia príp. prevencia vzniku dedičného ochorenia alebo potvrdenie prítomnosti patogénu. Znalosť príčiny genetického ochorenia, príp. prítomnosť patogénu môže viesť k upresneniu diagnózy, efektívnej a cielenej liečbe alebo predchádzaniu možných komplikácií. Zároveň je predpokladom genetického poradenstva alebo nastavenia špeciálneho manažmentu príslušným odborníkom.

Alternatívy GLV: Metodické postupy DNA testov predstavujú vzhľadom na súčasné poznatky najpresnejšie možnosti laboratórnej diagnostiky a poskytujú informáciu, ktorá môže byť prínosná v klinickom manažmente klienta aj jeho príbuzných.

Vplyv GLV na zdravie subjektu, vrátane zdravia budúcich generácií, informácie o rizikách neočakávaných nálezov pre subjekt a geneticky príbuzné osoby:

- a) Pozitívny výsledok DNA analýzy, t. j. dôkaz patogénneho DNA variantu/dôkaz prítomnosti patogénneho agensu, môže ovplyvniť zdravotnú starostlivosť a manažment subjektu príp. pokrvných príbuzných.
- b) Zistenie tzv. neočakávaných nálezov, ktoré môžu mať pre zdravotnú starostlivosť a manažment subjektu a genetických príbuzných zásadný vplyv (napr. zistenie prenášačstva niektorých genetických ochorení).
- c) Zistenie nálezov, ktoré sa odlišujú od nálezov bežných, ale ich konkrétny vplyv na súčasný a/alebo budúci zdravotný stav subjektu a pokrvných príbuzných nemožno na základe súčasných znalostí stanoviť.

Možné obmedzenia vo zvyčajnom spôsobe života a v pracovných schopnostiach po poskytnutí GLV, príp. zmeny zdravotnej spôsobilosti: Po odbere biologického materiálu, periférnej krvi je nutné riadiť sa pokynmi zdravotníckeho pracovníka. Výsledok vyšetrenia môže byť pre vyšetrovanej osoby stresujúci.

Údaj o liečebnom režime a preventívnych opatreniach, ktoré sú vhodné a o poskytnutí ďalších zdravotných služieb:

- žiadne kludový režim podľa odporúčania lekára

Subjekt je povinný pred GLV informovať lekára o prípadných alergických reakciách a závažných ochoreniach, na ktoré sa lieči:

Možné riziká poskytnutia GLV: Zriedkavé riziká spojené s odberom biologického materiálu (hematómy, infekcia, reakcia na dezinfekciu).

5. MANIPULÁCIA SO VZORKOU DNA PO UKONČENÍ GLV:

Udeľujem súhlas na vykonanie indikovaného vyšetrenia a zároveň súhlasím so všetkými dodatočnými vyšetreniami, ktoré môžu viesť k stanoveniu diagnózy u pacienta. To zahŕňa, ale nie je obmedzené len na: opakovanú analýzu z novej vzorky, overenie nálezu nezávislou metódou, ďalšie doplnujúce testy nevyhnutné pre presnosť a spoľahlivosť výsledkov. Rozumiem, že tieto doplnujúce vyšetrenia sú súčasťou diagnostického procesu a slúžia na zabezpečenie správnej interpretácie výsledkov. Po komplexnom ukončení vyšetrenia žiadam následnú manipuláciu so vzorkou:

- Moja vzorka bude archivovaná napr. pre prípadnú ďalšiu analýzu v budúcnosti. Vždy pred ďalším testovaním budem poučený/á a nové GLV bude vykonané až po mojom aktuálnom informovanom súhlase. Výsledok genetického vyšetrenia bude anonymizovaný a zaradený do štatistického súboru s možnosťou využitia na vedecké príp. referenčné účely.
- Moja vzorka bude po prevedení genetického vyšetrenia zlikvidovaná s rizikom, že nebude možné v budúcnosti výsledok vyšetrenia overiť a pre ďalšie GLV bude nutný nový odber.
- Moja vzorka nebude zlikvidovaná, avšak výsledok GLV nebude využitý na vedecké účely.
- Iné:

6. NOVÝ ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:

Vyšetrovaná osoba môže byť vo svoj prospech vyzvaná prevádzkovateľom k novému odberu biologického materiálu za účelom doplnenia, overenia alebo zopakovania analýzy, či k zaisteniu správnej interpretácie výsledkov vykonaného GLV. V prípade záujmu samotného subjektu o ďalšie genetické laboratórne vyšetrenie bude nutný nový odber biologického materiálu a ďalšie poučenie podľa typu vyšetrenia.

7. POUČENIE O CENE ZA ZDRAVOTNÍCKY VÝKON PRE SAMOPLATCU:

Klient, samoplatca, bol zdravotníckym pracovníkom poučený o cene za zdravotný výkon a dobrovoľne sa rozhodol tento výkon uskutočniť. Klient prehlasuje, že bol poučený, že v niektorých prípadoch (napr. pri splnení indikačných kritérií) môže byť zdravotnícky výkon hrađený z verejného zdravotného poistenia, bol na túto skutočnosť upozornený a požaduje poskytnutie daného výkonu za priamu úhradu.

8. VYHLÁSENIE VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:

Vyhlasujem, že mi bolo poskytnuté poučenie o GLV. Bol mi jasne a zrozumiteľne vysvetlený účel, povaha, následky, riziká, alternatívy navrhovaných postupov, riziká odmietnutia a prínos GLV. Som si vedomý/á, že výsledky mojej genetickej analýzy môžu byť pre mňa stresujúce. Poučenie mi bolo podané ohľaduplne, zrozumiteľne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom pre rozhodnutie. Pred podpisom tohto informovaného súhlasu mi bolo umožnené klásť doplnujúce otázky, a to osobnou, telefonickou či elektronickou cestou. Vyhlasujem, že nezamietam žiadne skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na voľbu a vykonanie GLV, alebo by mohli ohroziť iné osoby. Na základe tohto poučenia prehlasujem, že udeľujem súhlas na odber vzorky DNA a GLV na účely špecifikované v žiadanke. Ako vyšetrovaná/dotknutá osoba (zákonný zástupca) v zmysle článku 4 ods. 11 všeobecného nariadenia o ochrane údajov dávam súhlas dotknutej osobe k spracúvaniu osobných údajov uvedených v tomto formulári (žiadanke) na konkrétny účel spojený s výkonom GLV v zmysle informácií o spracúvaní osobných údajov uvedených na webovom sídle prevádzkovateľa. Potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s právom na prístup, opravu, vymazanie, obmedzenie spracúvania, prenosnosť údajov, práva namietat a práva nepodliehať automatizovanému individuálnemu rozhodovaniu vrátane profilovania.

Miesto

Dátum

Podpis vyšetrovanej osoby/zákonného zástupcu

9. VYHLÁSENIE LEKÁRA:

Prehlasujem, že som vyšetrovanej osobe (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil účel, povahu, predpokladaný prínos, následky i možné riziká vyššie uvedeného GLV. Taktiež som vyšetrovanej osobe (zákonnému zástupcovi) oboznámil s možnými výsledkami a dôsledkami toho, že by vyšetrenie nebolo možné za vyššie uvedeným účelom previesť alebo by nemalo potrebnú výpovednú hodnotu pre sledovaný účel. Oboznámil som vyšetrovanú osobu (zákonného zástupcu) i s možnými rizikami a dôsledkami v prípade odmietnutia tohto vyšetrenia. Výsledky GLV budú dôverné a nebudú bez súhlasu vyšetrovanej osoby/zákonného zástupcu poskytnuté tretej strane, pokiaľ platné právne predpisy neurčujú inak.

Miesto

Dátum

Podpis lekára