

ŽIADANKA

Genetické testy DENTAL

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 _____	Pohlavie <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž Email _____
ODOBRANÝ MATERIÁL	
<input type="checkbox"/> Gingiválny ster (GS)	<input type="checkbox"/> Supragingiválny ster (SGS)
<input type="checkbox"/> Bukálny ster (BS)	<input type="checkbox"/> Sliny (SL)
Susp. diagnóza <input type="checkbox"/> K05.5 (PerioGEN) <input type="checkbox"/> K05.6 (PerioBAC)	Dátum odberu _____
ŽIADAJÚCI LEKÁR/KLIENT	
Adresa pracoviska/bydliska _____	Pečiatka a podpis lekára _____
<p>Upozornenie: Odber materiálu má byť uskutočnený s INFORMOVANÝM SÚHLASOM osoby, ktorý je súčasťou žiadanky</p>	

SPÔSOB ÚHRADY TESTU

- Lekár/ambulancia** (test uhradí pacient v ambulancii lekárovi)
 Faktúra bude vystavená ambulancii/lekárovi vždy po skončení kalendárneho mesiaca za všetky vykonané testy.
IČO:
- Zdravotná poisťovňa UNION (27)***
 Vyšetrenie pre poisťencov Union môžu indikovať iba lekári, ktorých ZP Union na základe vlastnej žiadosti zaradila do zoznamu indikujúcich lekárov, spĺňajúci kritériá stanovené poisťovňou
- 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 emailovú adresu, príp. 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)
- Uhradené online** (klient uhradil test pri online objednávke)



Názov testu	Špecifikácia DNA testu	Cena (€)	Materiál	Trvanie testu – prac. dni
<input type="checkbox"/> PerioDUO*	Kombinácia testov PerioBAC a PerioGEN DNA detekcia 12 paropatogénnych baktérií:	140	GS	15
<input type="checkbox"/> PerioBAC*	<i>A. actinomycetemcomitans, C. rectus, C. gingivalis, E. corrodens, E. nodatum, F. alocis, F. nucleatum, P. micra, P. intermedia, P. gingivalis, T. forsythia, T. denticola</i>	80	GS	10
<input type="checkbox"/> PerioGEN*	DNA polymorfizmy v 9 génoch: <i>IL1A, IL1B, IL1RN, HLA-DRB1, TNF, NIN, IL19, GLT6D1, IL6</i>	90	GS, BS	10
<input type="checkbox"/> CarioBAC	DNA detekcia 5 kariogénnych baktérií a kariogénnej kvasinky: <i>S. mutans, S. sobrinus, L. fermentum, L. casei, L. salivarius, C. albicans</i>	60	SGS, SL	15
<input type="checkbox"/> BacBIOM	Detekcia bakteriálnych rodov orálneho mikrobiómu, 16S rRNA sekvenovanie (bakterióm)	270	SL	25

ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU A TRANSPORTNÉ PODMIENKY

Typ vzorky	Skratka	Objem, typ média	Teplota sklad.	Transp. podmienky	Dodanie vzorky od odberu
Gingiválny ster	GS	Špec. odberový set, sušiť v skúmavke cca 1 hod.	Bez nároku	Bežné teploty	do 15 dní
Supragingiválny ster	SGS	Odberový set	Bez nároku	Bežné teploty	do 15 dní
Bukálny ster	BS	Sušiť voľne na vzduchu cca 1 hod.	Bez nároku	Bežné teploty	do 15 dní
Sliny	SL	1-2 ml slín	Bez nároku	Bežné teploty	do 5 dní

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

1. VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL

 Uvedený na žiadanke, ktorej súčasťou je Informovaný súhlas.

2. NÁZOV GENETICKÉHO LABORATORNEHO VYŠETRENIA

 Uvedený na žiadanke, ktorej súčasťou je Informovaný súhlas.

3. ÚČEL GENETICKÉHO LABORATORNEHO VYŠETRENIA (GLV)

 Zistenie predispozície na chorobu/ funkciu organizmu Zistenie prítomnosti patogénov
 Overenie/potvrdenie diagnózy Iný (uviesť):

4. INFORMÁCIE O GENETICKOM LABORATORNOM VYŠETRENÍ (GLV):

DNA laboratórne vyšetrenie pre medicínske účely je špecializované vyšetrenie, ktoré u vyšetrovaného 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 vyšetrovaného stresujúci.

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

 žiadne ktudový 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 hradený 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 nezamlčujem 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. Potvrďujem, 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 vyšetrovanému (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil účel, povahu, predpokladaný prínos, následky i možné riziká vyššie uvedeného GLV. Taktiež som vyšetrovaný subjekt 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 tohoto 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