

**Zlecenie badania genów *BRCA1* i *BRCA2* metodą NGS  
u PacjenteK z rakiem jajnika, otrzewnej lub jajowodu\***  
(\*proszę zakreślić typ nowotworu)

<b>Nazwisko i imię Pacjentki:</b>	<b>Pesel:</b>
<b>Adres zamieszkania (ulica, kod, miasto):</b>	<b>Data urodzenia:</b>
<b>Adres e-mail:</b>	<b>Numer telefonu:</b>

**Wskazanie do wykonania badania:**

- Kwalifikacja do leczenia I linii  
 Kwalifikacja do leczenia II i kolejnej linii

<b>krew/DNA/Bloczek parafinowy z preparatem *</b> właściwe zakreślić                      wpisać numer próbki krwi/bloczka	<b>Liczba przekazywanych próbek:</b>
<b>Lekarz zlecający (pieczętka, podpis):</b>	<b>Numer telefonu lekarza:</b>
<b>Adres e-mail lekarza (na który wysłany zostanie wynik):</b>	<b>Jednostka zlecająca: (pieczęć)</b>

\* Krew: 4ml pobrane na EDTA, DNA: min. 2ug, bloczek wraz z preparatem (szkiełkiem)

**Adres do wysyłki materiału: Warsaw Genomics, ul. Żwirki i Wigury 101, 02-089 Warszawa**

**Data i godzina pobrania krwi:**

**Miejscowość,  
data wystawienia zlecenia:**

## Informacja i świadoma zgoda pacjenta na badanie

Oświadczam, że zapoznałam się z następującymi informacjami odnośnie planowanych badań genetycznych.

- Celem badania jest znalezienie zmian genetycznych mogących odpowiadać za odpowiedź na leczenie oraz za wystąpienie nowotworu piersi i jajnika. Obecność zmiany genetycznej w materiale z bloczka parafinowego nie pozwala na stwierdzenie, czy zmiana jest mutacją nabytą czy wrodzoną.
- Każde badanie genetyczne ma swoje ograniczenia, z tego też powodu może się zdarzyć, że pomimo prawidłowo przeprowadzonej analizy genetycznej, nie wszystkie zmiany genetyczne zostaną wykryte. Możliwe jest również, że zmiana genetyczna odpowiedzialna za daną chorobę bądź reakcję na leki znajduje się w innym niż przebadane geny.
- Interpretacja wyniku badania genetycznego zależy od aktualnej wiedzy medycznej, jak również od szeregu uwarunkowań środowiskowych i rodzinnych. Niepełna informacja medyczna dotycząca pacjenta lub jego rodziny, w tym inne niż deklarowane pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny, może spowodować, że otrzymane wyniki badań będą niewłaściwie zinterpretowane. Dalsze decyzje lekarskie odnośnie planowanej terapii, tudzież metod zapobiegania chorobie, będą oparte o całościową ocenę sytuacji zdrowotnej pacjenta, a uzyskane wyniki badania genetycznego będą stanowić jedynie jeden z czynników wspierających proces decyzyjny.
- Wynik badania zostanie przekazany lekarzowi zlecającemu badanie.
- Wszelkie dane dotyczące pacjenta i jego rodziny, w tym dane osobowe, medyczne oraz wyniki badania genetycznego, należą do danych wrażliwych i poufnych i będą przechowywane z zachowaniem wszelkich standardów bezpieczeństwa mających na celu zabezpieczenie ich przed nieprawomocnym ujawnieniem osobom do tego nieupoważnionym.
- Niezależnie od przestrzegania standardów laboratoryjnych, wyizolowany materiał genetyczny może ulec degradacji (zniszczeniu), co uniemożliwi przeprowadzenie zleconej analizy genetycznej. W takim przypadku może zająć potrzeba ponownego pobrania materiału biologicznego (krwi, wymazu itp.)
- Po zakończeniu zleconego badania genetycznego, wyizolowany materiał genetyczny (DNA/RNA) i dane kliniczne mogą być przechowywane i anonimowo wykorzystane przez Warsaw Genomics spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k. w celach edukacyjnych i do badań naukowych, których celem jest określenie częstości występowania oraz znaczenia klinicznego chorobotwórczych mutacji w populacji polskiej. W przypadku niewyrażenia zgody na takowe wykorzystanie, materiał genetyczny zostanie zniszczony.

TAK  NIE Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie pozyskanego ode mnie materiału genetycznego (DNA) oraz danych klinicznych w celach edukacyjnych i do badań naukowych, których celem jest określenie częstości występowania oraz znaczenia klinicznego chorobotwórczych mutacji w populacji polskiej.

TAK  NIE Udzielam spółce Warsaw Genomics spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k. zgodę na kontaktowanie się ze mną w przyszłości w sprawie dalszych badań diagnostycznych i naukowych. W każdej chwili mogę wycofać udzieloną zgodę.

Data:

Podpis pacjentki:

Podpis lekarza:

Data przyjęcia materiału:

Nr zlecenia:

(wypełnia Warsaw Genomics)