

Instrukcja pobrania i przesłania materiału do badania - kał

Pobranie materiału:

W celu ułatwienia pobrania materiału do badania Instytut Mikrobiologii przygotował film instruktażowy pod adresem:
<https://instytut-mikroekologii.pl/jak-pobrac-material/>

1/2. Pasek papieru nakleić na tylną część klapy, uważając przy tym aby go nie zamoczyć. Mocno docisnąć klejące brzegi do klapy. Ważne jest, aby pasek lekko zwiślał do muszli. Po pobraniu materiału do badania pasek można splukać do toalety. Kał nie może mieć styczności z wodą ani moczem.

3. Pobrać próbkę kału z ośmiu różnych miejsc kału.

4. Napełnić ściśle pojemnik kałem do miejsca zaznaczonego na pojemniku.
UWAGA: nieprawidłowe wypełnienie pojemnika (za mała ilość kału) spowoduje odrzucenie materiału jako niediagnostycznego.

5. Szczelnie zamknąć pojemnik.

6. Wypełniony materiałem do badania pojemnik należy umieścić w plastikowym worku i zakleić poprzez oderwanie paska na górze worka.

7. **Maksymalny czas** dostarczenia materiału do badania od momentu pobrania to:
48 h.



Przesłanie materiału:

• Próbkę pobranego materiału należy umieścić w kartonie i przesłać na adres:

**Institut für Mikroökologie,
Auf den Lüppen 8,
35745 Herborn, Niemcy.**

Materiał do badania należy wysłać na początku tygodnia (poniedziałek-środa).

Uwagi: W przypadku temperatury powietrza powyżej +25°C proszę zabezpieczyć materiał wkładem chłodzącym.

• Do przesyłki należy dołączyć dokładnie wypełnione zlecenie na badanie (ważna data pobrania). Zlecenie może być wypełnione zarówno przez lekarza, jak i pacjenta. Do przesyłki należy dołączyć dowód wpłaty za badania.

• Wpłatę należy dokonać na następujący numer konta: Santander Bank Polska S.A. 44 1500 1054 1210 5006 7879 0000.
W przypadku stwierdzenia braku wpłaty, badania zostaną wstrzymane do momentu uiszczenia przez pacjenta należnej kwoty.

Dodatkowe koszty związane ze zrealizowaniem badania:
15 zł - wysyłka wydrukowanego wyniku na adres Pacjenta

ZLECENIE BADANIA Markery stanu jelit

(oznaczenie w Institut für Mikroökologie, Auf den Lüppen 8, 35745 Herborn, Niemcy)

UWAGA - ZLECENIE PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane pacjenta

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia: PESEL

Adres zamieszkania:

ulica i numer domu/mieszkania

kod pocztowy i miejscowość

Nazwisko i adres opiekuna prawnego pacjentów nieletnich:

lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Płeć: M K

Telefon:

NUMER BADANIA

Zlecam wykonanie badania:

Rodzaj materiału: kał Data i godzina pobrania materiału:

- Resztki pokarmowe (Verdauungsrückstände)
- EPX - eozynofilowe białko X (Eosinophiles Protein EPX)
- Kwasy żółciowe (Gallensäuren)
- Lizozym (Lysozym)
- alfa-1-Antytrypsyna (α -1-Antitrypsin)
- β -defensyna 2 (β -defensin 2)
- Elastaza trzustkowa 1

Podpis (i pieczęć) zleceniodawcy

Forma płatności

- gotówka
- karta
- przelew

Dokument sprzedaży

- faktura
- paragon

Odbiór wyniku

- osobisty
- wersja elektroniczna/ podać adres e-mail:
- przez upoważnioną osobę (imię i nazwisko, numer dowodu osobistego):
.....
- wersja elektroniczna dla lekarza, dietetyka/ podać adres e-mail:
.....
- wysyłka pocztą - dodatkowo płatna

Dane do faktury

Firma/Imię i nazwisko

Ulica i nr domu/mieszkania

Kod pocztowy i miejscowość

NIP

Data i godzina
przyjęcia materiału:

Uwagi laboratorium:

WYWIAD CHOROBY

Choroby o podłożu autoimmunologicznym :

- choroba Hashimoto
- zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (choroba Bechterewa)
- toczeń rumieniowaty układowy (SLE)
- sarkoidoza
- nefropatia IgA (krwiomocz nawracający)
- stwardnienie rozsiane
- reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)
- choroba Leśniowskiego - Crohna
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa)
- łuszczycyca
- inne (jaka?)

Choroby zakaźne:

- borelioza

Choroby zapalne skóry:

- trądzik (nie różowaty)
- czyraki, ropnie skóry
- ropne zapalenie skóry

Choroby alergiczne i atopowe:

- atopowe zapalenie skóry
- egzema (kontaktowa, alergiczna, nieokreślona)
- pokrzywka alergiczna
- nadwrażliwość pokarmowa (alergia, nietolerancja)
- katar sienny (nieżyt nosa spowodowany pyłkami)
- alergiczny nieżyt nosa nie spowodowany pyłkami
- astma alergiczna

Zaburzenia neurorozwojowe:

- Zaburzenia ze spektrum autyzmu
- Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD)

AKTUALNE LECZENIE:

- Antybiotykoterapia w ostatnich 3 miesiącach
- Chemioterapia w ostatnich 6 miesiącach
- Radioterapia w ostatnich 6 miesiącach

Dolegliwości ze strony układu pokarmowego:

- zespół jelita drażliwego
- biegunki o nieokreślonej etiologii
- zaparcia
- wzdęcia
- kamica żółciowa
- choroby trzustki
- choroby wątroby
- stwierdzona celiakia
- stwierdzona nietolerancja laktozy

Nawracające infekcje:

- zapalenie pęcherza moczowego
- zapalenie zatok
- zapalenie migdałków
- zapalenie ucha środkowego
- zapalenie oskrzeli
- POChP
- astma oskrzelowa niealergiczna
- infekcje górnych dróg oddechowych
- nieżyt nosa

Zakażenia grzybicze:

- kandydoza przewodu pokarmowego
- grzybice skóry
- kandydoza narządów płciowych

Choroby endokrynologiczne:

- cukrzyca typu I
- cukrzyca typu II

Choroby nowotworowe:

- Jakieg?

Stosowanie probiotyków:

- Tak
- Nie

Preparat

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), a także zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity - Dz.U. z 2015 r., poz.2135 ze zm), **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Mikroekologii sp. z o.o. w Poznaniu (60-129), ul. Sielska 10, tel. 061 862 63 15.** Z inspektorem ochrony danych osobowych może Pani/Pan się skontaktować drogą elektroniczną na e-mail: inspektor.danych@instytut-mikroekologii.pl. Dane osobowe są przetwarzane w celach realizacji umowy o wykonania badania oraz wykonywania przez administratora obowiązków wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dane osobowe będą przechowywane w czasie obowiązywania umowy i przez okres 20 lat po jej zakończeniu. Instytut Mikroekologii informuje, że ma Pani/Pan prawo do żądania od Instytut Mikroekologii dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w granicach dopuszczalnych przez prawo. Instytut Mikroekologii informuje także, że ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie poniższych danych: 1) dane pacjenta: a) imię i nazwisko, b) data urodzenia, c) miejsce zamieszkania, d) płeć, e) numer PESEL, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, f) numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych); 2) pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie lub imię i nazwisko oraz seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość innej osoby upoważnionej do zlecenia badania; 3) dane jednostki zlecającej badanie; 4) miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku badania; 5) rodzaj materiału i jego pochodzenie; 6) zlecone badanie; 7) data i godzina pobrania materiału do badania; 8) dane osoby pobierającej materiał do badania; 9) istotne kliniczne dane pacjenta, są **wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Brak podania którejkolwiek z ww. danych skutkuje niemożnością zawarcia umowy o przeprowadzenie badania.**

Pani/a wyniki badań mogą być wykorzystane do celów naukowych, z zachowaniem warunków anonimowości.

Ja, niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi zleconych badań oraz otrzymałem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania i wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu.

UWAGA: WYMAGANY PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE. BRAK PODPISU BĘDZIE SKUTKOWAŁ NIEWYKONANIEM ZLECONYCH BADAŃ.

.....
Miejscowość/ data

.....
Czytelny podpis

ZGODA NA NEWSLETTER

Imię i nazwisko

Adres mail

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Mikroekologii Sp. z o.o. w Poznaniu, przy ul. Sielskiej 10, w celu korzystania z prowadzonej przez Instytut Mikroekologii Sp. z o.o. usługi „Newsletter”.

Zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem dotyczącym prawa dostępu do treści moich danych i możliwości ich poprawiania. Jestem świadom/świadoma, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojego adresu e-mail z listy dystrybucyjnej usługi „Newsletter”.

.....
Miejscowość/ data

.....
Czytelny podpis