

Instrukcja pobrania i przesłania materiału - wymaz z policzka

Pobranie materiału:

Zasada przeprowadzania badania genetycznego

Za pomocą wymazówki, z wewnętrznej części policzków poprzez pocieranie, pobierane są ludzkie komórki nabłonkowe. Po dostarczeniu wymazówki do laboratorium, z komórek tych izolowane jest DNA pacjenta. Odpowiednia, duża ilość DNA jest niezbędna do przeprowadzenia kompletnej procedury testu genetycznego. W przeciwnym razie może zaistnieć potrzeba ponownego pobrania wymazu, w celu powtórzenia badania.

Z wykorzystaniem DNA pacjenta wykonywana jest tzw. łańcuchowa reakcja polimerazy (PCR). Reakcja ta umożliwi wykrycie obecności (lub braku) alleli, mutacji, polimorfizmów powiązanych z różnymi chorobami. Tym samym badanie genetyczne pozwala potwierdzić lub wykluczyć predyspozycje do chorób o podłożu genetycznym.

Skład zestawu do pobierania wymazów z policzka:

Zestaw jest przeznaczony do pobierania i bezpiecznego transportowania wymazów z wewnętrznej części policzka, w celu przeprowadzenia badań genetycznych. Pobrania wymazu należy dokonać wyłącznie za pomocą dostarczonych materiałów:

- wymazówka – sterylna pałeczka w probówce ochronnej – 1 szt.
- rękawiczki jednorazowe – 2 szt.
- instrukcja pobrania wymazu – 1 szt.
- zlecenie na badanie molekularne oraz deklaracja świadomej zgody – 1 szt.
- woreczek na materiał biologiczny do zabezpieczenia wymazów – 1 szt.
- kartonowe opakowanie – 1 szt.

Przygotowanie pacjenta:

- Co najmniej na 2 godziny przed pobraniem wymazu nie należy spożywać posiłków, płynów, palić papierosów, żuć gumy, myć zębów itp.
- Przed pobraniem w jamie ustnej nie powinno być żadnych ciał obcych, np. gum do żucia, lizaków, cukierków itp. W przypadku dzieci dopuszczalny jest smoczek (tzw. smoczek z kółeczkiem) pod warunkiem używania go wyłącznie przez jedno dziecko (nie np. przez matkę i dziecko lub więcej niż jedno dziecko).

CZYNNOŚCI W TRAKCIE POBIERANIA WYMAZU:

UWAGA! Wszystkie poniższe czynności związane z pobraniem wymazu należy wykonywać w rękawiczkach jednorazowych.

JEDEN WYMAZ MOŻNA WYKORZYSTAĆ DO WYKONANIA KILKU BADAŃ!

1. Opisać probówkę ochronną imieniem i nazwiskiem, datą i godziną pobrania wymazu.
2. Otworzyć opakowanie i wyjąć wymazówkę z probówki ochronnej.
3. Wymaz pobrać poprzez pocieranie końcem wymazówki obu policzków po ich wewnętrznej stronie. Minimalny czas pocierania to 15 sekund na każdą ze stron.
4. Po pobraniu wymazu należy niezwłocznie umieścić wymazówkę w opisanej probówce ochronnej.
5. Zabezpieczoną wymazówkę należy umieścić w ochronnym woreczku, a następnie zamknąć woreczek.

Przesłanie materiału:

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

Instytut Mikroekologii
ul. Sielska 6
60-129 Poznań

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

120 zł - pełen pakiet - w tym: odbiór próbki materiału do badań przez kuriera DHL Medical* i przesłanie jej na adres Instytutu Mikroekologii w Poznaniu oraz wysyłka wydrukowanego wyniku na podany przez Pacjenta adres.

* Instrukcja postępowania przy wykupieniu opcji wysyłki próbki kurierem DHL Medical:

- wypełnij wniosek dołączony do przesłanego opakowania,
- wypełniony wniosek odeślij na adres md.pl@dhl.com (obsługiwany od poniedziałku do piątku w godzinach 8-17).
- w odpowiedzi otrzymasz maila z informacją o numerze zlecenia oraz terminie realizacji odbioru przesyłki.
- wypełnij także list przewozowy dołączony do zamówionych opakowań (dane nadawcy).

UWAGA: sprawdź czy już nie dokonałeś opłaty za powyższe usługi na wcześniejszym etapie zamówienia.

Zleceniodawcy/pacjenci, osoby pobierające i transportujące materiał biologiczny ponoszą pełną odpowiedzialność za wszystkie etapy pobrania i transportu materiału biologicznego, do momentu dostarczenia do Instytutu Mikroekologii.
Opakowanie materiału jest zgodne z Umową Europejską dotyczącą międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR) oraz instrukcją pakowania P650.

ZLECENIE BADANIA Molekularnego

UWAGA - POLA PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane pacjenta

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia: **PESEL**

Adres zamieszkania: lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
ulica i numer domu/mieszkania

Płeć: M K

.....
kod pocztowy i miejscowość

Telefon:

Nazwisko i adres opiekuna prawnego pacjentów nieletnich:

Zlecam wykonanie badania

Rodzaj materiału: wymaz z wewnętrznej strony policzka

Data i godzina pobrania materiału: Podpis osoby pobierającej materiał:

HLA-DQ2/DQ8 (Celiakia)

Nietolerancja laktozy

- polimorfizm w genie laktozy (LCT): -13910 oraz -22018

Pakiet: nietolerancja mleka (laktozy) i fruktozy

- analiza polimorfizmu -13910 w genie LCT oraz analiza kodonów 149, 174 i 334 w genie ALDOB

Pakiet oznaczeń genetycznych (celiakia + laktoza + fruktoza)

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

Informacja o pacjencie: (wypełnić jeśli występuje)

- rozpoznane choroby
- stosowane leczenie
- rozpoznane choroby genetyczne w rodzinie

Data i godzina przyjęcia materiału:

Uwagi laboratorium:

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ MOLEKULARNEGO

Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic / opiekun prawny pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta/ rodzica/ opiekuna prawnego pacjenta:

Adres zamieszkania pacjenta/ rodzica/ opiekuna prawnego pacjenta:

Data urodzenia: **PESEL:**

Pobrany ode mnie lub dziecka materiał biologiczny (wymaz z wewnętrznej strony policzka) zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej opartej na analizie DNA w kierunku: (zaznaczyć krzyżykiem)

- Celiakia
- Nietolerancja laktozy
- Nietolerancja mleka (laktozy) i fruktozy

Zostałem poinformowany, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki: weryfikacja rozpoznania klinicznego, określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną lub przeprowadzenie diagnostyki przedobjawowej.

2. Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.

3. Wynik badania może zostać przesłany nieregistrowanym listem.

4. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej, a datą wydania wyniku Pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badania molekularnego”.

Akceptuję wymienione warunki i wyrażam świadomą zgodę na badanie molekularne.

Lekarz zlecający poinformował mnie o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r.).

.....
Miejscowość i data

.....
podpis pacjenta/ rodzica/ opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* (*niepotrzebne skreślić) na wykorzystanie wyników moich badań do celów badań populacyjnych.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis pacjenta/ rodzica/ opiekuna prawnego

Zgodnie z Rozporządzenia 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 o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 Dz. U. z 24.05.2018 poz. 1000, **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Mikroekologii sp. z o. o. & Komandytowa 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 będą przetwarzane również przez Euroimmun sp. z o.o. ul. Widna 2a, 50-543 Wrocław. 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. Instytut Mikroekologii informuje także, że ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych osobowych na zleceniu badania: 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 – nazwa 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 nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość innej osoby upoważnionej do zlecenia badania; 3) dane jednostki zlecającej badanie; 4) miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku lub sprawozdania z 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) data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium; 10) istotne kliniczne dane pacjenta, w szczególności: rozpoznanie, występujące czynniki ryzyka zakażenia, w tym wcześniejsza antybiotykoterapia, wcześniejsza hospitalizacja, choroby towarzyszące, zabiegi chirurgiczne, **są wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Brak podania którejkolwiek z ww. danych osobowych 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 BADAŃ. 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. & Co. Sp. Komandytowa z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Sielskiej 10, w celu korzystania z prowadzonej przez Instytut Mikroekologii Sp. z o.o. & Co. Sp. Komandytowa 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