

LABORATÓRIUMI VIZSGÁLTÁKÉRŐ LAP

A kérlapot **OLVASHATÓ NYOMTATOTT NAGYBETŰVEL** kérjük kitölteni!

PÁCIENS ADATAI (kötelező)

Mintaazonosító:

Név: Neme: nő férfi

Születési idő: TAJ/egyéb azonosító:

Anyja neve: Egyéb azonosító típusa:

Lakcím:

E-mail cím: Telefon:

Nyilatkozom, hogy a Clinomics Europe Kft. által kiadott Adatkezelési Tájékoztatót, ami a cég weboldalán elektronikus formában elérhető (www.clinomicsdiag.hu) elolvastam, megértettem és elfogadtam. A kérdéseimet feltehettem, azokra megfelelő, érthető választ kaptam. A Clinomics Europe Kft. által kiadott Adatkezelési Tájékoztató ismeretében személyes adataimnak a hírlevél küldése céljából történő kezeléséhez:

Hozzájárulok

Nem járulok hozzá

Szolgáltató tölti ki

BEKÜLDŐ INTÉZMÉNY ADATAI (kötelező, pecsét elfogadható)

Neve: ÁNTSZ azonosító:

Címe:

Telefon: E-mail:

BEKÜLDŐ ORVOS vagy FELVILÁGOSÍTÁST

VÉGZŐ SZAKORVOS ADATAI (kötelező)

Neve:

Pecsétszáma:

P.H.

Aláírás

MINTAKEZELÉSI SEGÉDLET SZOLGÁLTATÓ RÉSZÉRE

Munkatársainktól információt munkanapokon 9-17 óra között kérhet a következő telefonszámon: +36 30 698 7212

A laboratóriumnak nem áll módjában mintát vizsgáltkérő lap és aláírt beleegyező nyilatkozat nélkül átvenni, a dokumentumok hiányos kitöltése esetén a vizsgálatot a laboratórium nem tudja elvégezni!

Mintatárolás, -eltarthatóság:

- **EDTA-s vér:** a levett minta 15-25°C-on legfeljebb 4 óráig, 2-8°C-on 24 órán belül tárolható és szállítható, lefagyasztani **tilos**
- **Szabad DNS stabilizált vér:** a levett minta 15-25°C-on 96 óráig tárolható és szállítható, hűteni és lefagyasztani **tilos**

Leletküldés módja: Páciensnek Szolgáltatónak

Minta típusa: EDTA-s vér

Szabad DNS stabilizált vér

Mintavétel dátuma (nap, óra, perc):

MAGÁNFINANASZÍROZOTT VIZSGÁLTATOK

ColonAiQ - Multigén DNS metilációs teszt kolorektális rák vizsgálatához

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÉS VIZSGÁLAT ELŐTTI KÉRDŐÍV

Kérjük, válaszait aláhúzással és szükség esetén kitöltéssel jelölje!

1. Van-e ismert emésztőrendszeri betegsége?

NINCS / VAN

Ha van, akkor a diagnózis(ok):

2. Van-e jelenlegi emésztőrendszeri panasz?

NINCS / VAN

Ha van, akkor a panaszok:

Szorulás / hasmenés / fájdalom / puffadás / görcsök / megváltozott székelési szokások /

Egyéb:

3. Székletvér vizsgálaton részt vett-e korábban?

NEM / IGEN

Ha igen, eredménye: Dátuma (év-hó):

4. Volt-e korábban vastagbéltükrözése?

NEM / IGEN

Ha igen, mi volt a tükrözés eredménye: pozitív / negatív Dátuma (év-hó):

Ha pozitív, akkor a diagnózis:

Jóindulatú elváltozás: gyulladásos eltérés / divertikulum / polip (típusa:.....)

Rosszindulatú elváltozás: adenoma / tumor (stádium:, szövettani típus:))

Egyéb:

5. Van-e korábbi/jelenleg fennálló ismert daganatos betegsége?

NEM / IGEN

Ha igen, akkor: Diagnózis dátuma (év-hó):

Daganat típusa: Daganat stádiuma:

6. Jelenleg szed-e bármilyen gyógyszert vagy részesül-e terápiában?

NEM / IGEN

Ha igen, milyen gyógyszert / terápiát:

7. Előfordult-e a családjában vastagbélrák?

NEM / IGEN

Ha igen, mi a rokonság foka (szülő, nagyszülő, testvér stb.):

8. Honnan értesült a ColonAiQ vizsgálatról? (nem kötelező)

Magánlabor-klinika / Orvos / Ismerős / Online hirdetés / Google keresés / Média

Egyéb:

9. Hozzájárul, hogy egészségügyi szolgáltatója a fenti adatokat a ColonAiQ vizsgálatot végző egészségügyi laboratóriumnak - Clinomics Europe Kft. – átadja és a laboratórium pácienskövetés céljából további szakmai kapcsolatot tartson Önnel?

IGEN / NEM

Jelen vizsgálatkérő lap aláírásával önkéntes, kifejezett, határozott és megfelelő tájékoztatáson alapuló **hozzájáruláshoz adom** ahhoz, hogy tőlem biológiai mintát vegyenek és abból a Clinomics Europe Kft. a kért vizsgálato(ka)t elvégezze.

Nyilatkozom, hogy a vizsgálat céljára és az eredményekre vonatkozó tájékoztatást teljeskörűen megismertem, megértettem és elfogadom. Tudomásul vettem továbbá, hogy a lelet tartalmának önálló, vagy egyéb források alapján történő értelmezése nem helyettesíti a szakszerű orvosi véleményt.

Nyilatkozom, hogy az elkészült vizsgálati eredménye(i)m TAJ szám kitöltése esetén automatikusan jelentésre kerülnek az EESZT nyilvántartásába.

Hely, dátum:

.....

Aláírás *

*Érintett, vagy törvényes képviselő aláírása; korlátozottan cselekvőképes, ill. cselekvőképtelen érintett esetén törvényes képviselő aláírása és olvasható neve.