

**LABORATÓRIUMI VIZSGÁLTATKÉRŐ LAP**A kérlapot **OLVASHATÓ NYOMTATOTT NAGYBETŰVEL** kérjük kitölteni!Mintaazonosító: **PÁCIENS ADATAI** (kötelező)

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](http://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**

Neve: .....  
Pecsétszáma: .....

P.H.

Aláírás

Mintavétel dátuma (nap, óra, perc): .....

Leletküldés módja:  Páciensnek  Szolgáltatónak

Minta típusa:

- 
- EDTA-s vér
- 
- 
- Szabad DNS stabilizált vér
- 
- 
- Szájnyálkahártya-törlet
- 
- 
- Vizelet

**MAGÁNFINANASZÍROZOTT VIZSGÁLTATOK****Rákszűrés**

- 
- ColonAiQ - Multigén DNS metilációs teszt kolorektális rák vizsgálatához
- 
- 
- URO-17 - húgyhólyagrák szűrővizsgálat

**Szív- és érrendszer, trombózis genetikai hajlam**

- 
- V. faktor (Leiden) mutáció
- 
- 
- II. faktor (G20210A) mutáció
- 
- 
- Trombózis panel 2 (V. - II. faktor)
- 
- 
- MTHFR C677T polimorfizmus
- 
- 
- MTHFR A1298C polimorfizmus
- 
- 
- MTHFR panel (MTHFR C677T, A1298C)
- 
- 
- Trombózis panel 3 (V. - II. faktor, MTHFR C677T)
- 
- 
- Trombózis panel 4 (V. - II. faktor, MTHFR C677T, A1298C)
- 
- 
- PAI-1 (4G/5G) polimorfizmus
- 
- 
- Trombózis panel 5 (V. - II. faktor, MTHFR C677T, A1298C, PAI-1)
- 
- 
- ACE (I/D) polimorfizmus
- 
- 
- ApoB (ApoB-100 R3500Q) polimorfizmus
- 
- 
- ApoE (ApoE C112R és R158C) polimorfizmusok

**Családtervezés, infertilitás**

- 
- Y-kromoszóma mikrodéláció (AZFa sY84, sY86; AZFb sY127, sY134; AZFc sY254, sY255)

**Nutrigenetika**

- 
- Laktóztolerancia (MCM6 C13910T) polimorfizmus
- 
- 
- Laktóztolerancia extra (MCM6 C13910T és G22018A)
- 
- 
- Fruktóztolerancia (ALDOB A149P, A174D, del4E4, N334K) polimorfizmusok
- 
- 
- Cöliákia (HLA-DQ2-DQ8)
- 
- 
- Laktóztolerancia – cöliákia csomag (MCM6 C13910T, HLA-DQ2-DQ8)
- 
- 
- Hemokromatózis (HFE H63D, C282Y) mutációk
- 
- 
- Gilbert-kór, bilirubin-lebomlás zavar genetikai vizsgálata (UGT1A1 5-8TA)
- 
- 
- Koffeinérzékenység genetikai vizsgálata (CYP1A2 és ADORA2A)
- 
- 
- Alkoholérzékenység genetikai vizsgálata (ADH1B\*48Arg/\*48His, és ADH1C\*1/\*2 polimorfizmusok)
- 
- 
- Alkohol- és koffeinérzékenység csomag (ADH1B, ADH1C, CYP1A2, ADORA2A)

**Autoimmun vizsgálatok**

- 
- HLA- B27 genetikai meghatározása

 **Sportgenetika**

- 
- Sportprofil genetikai vizsgálat (ACE, ACTN3, MSTN, AMPD1, COL1A1, COL5A1, COL12A1 gének)

## 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 vizsgálatkérő lap és aláírt beleegyező nyilatkozat nélkül átvenni, a dokumentumok hiányos kitöltése esetén a vizsgálatot a laboratórium nem tudja elvégezni!

### Mintatárolás, -eltarthatóság:

- **Szájnyálkahártya-törlet:** a megszáritott, majd bedugaszolt minta 2-8°C-on tárolandó és 4 napon belül a laboratóriumba kell érkeznie
- **EDTA-s vér:** a levett minta 4 napig 2-8°C-on tárolható és szállítható, vagy -20°C-on 7 napig tárolható és szállítható

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GENETIKAI VIZSGÁLATHOZ

(Genetikai vizsgálatok kérése esetén kitöltendő)

**Aláírással hozzájárulok**, hogy tőlem genetikai vizsgálat elvégzéséhez mintát vegyenek, a diagnosztikai vizsgálatot elvégezzék, a személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálattal kapott genetikai adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően tárolják.

**Nyilatkozom** továbbá, hogy a vizsgálatot orvosom és/vagy genetikai tanácsadó javaslatára, saját döntésem alapján végeztetem. A konzultációs eljárás során, illetve a mintavétel előtt a jogszabály alapján arra jogosult személytől tájékoztatást kaptam a mintavétel céljáról, a vizsgálat elvégzésének vagy elmaradásának előnyeiről és kockázatairól, a lehetséges eredmény engem, illetve közeli hozzátartozóimat érintő esetleges következményeiről, a genetikai minta és adat tárolásának módjairól, azonosítási lehetőségeiről. A tájékoztatás során kérdéseket tehettem fel, erre a felvilágosítást adó személy számomra kielégítő válaszokat adott. **A tájékoztatást megértettem.**

**Tudomásul veszem**, hogy a vizsgálat eredményét - rajtam és a vizsgálatot kezdeményező kezelő orvoson kívül - csak az általam felhatalmazott személy jogosult megismerni, illetve aki a vonatkozó törvény alapján a genetikai adat megismerésére jogosult.

**Tudomásul veszem**, hogy ezen nyilatkozatomat bármikor korlátozás nélkül visszavonhatom további indoklás, illetve bármiféle, a jövőbeni orvosi ellátásomat érintő hátrányos következmény nélkül. A visszavonó nyilatkozat esetén kérhetem a genetikai minta és a belőle származó valamennyi genetikai adat megsemmisítését. Tájékoztatást kaptam arról is, hogy genetikai adataim megismeréséről lemondhatok, illetve a lemondó nyilatkozatot bármikor korlátozás nélkül visszavonhatom, ismételt beleegyező nyilatkozat megtételét követően. Amennyiben ezen lehetőségekkel nem élek, tudomásul veszem, hogy genetikai mintáimmal és adataimmal a Szolgáltató belső utasítási rendje szerint járnak el.

**Megértettem**, hogy a vizsgálat eredményének értelmezésére genetikai tanácsadás keretében van lehetőség, amely a Szolgáltatónál előzetes időpontegyeztetést követően, **külön díj térítése ellenében elérhető**, tudomásul veszem, hogy nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom.

**Nyilatkozom**, hogy az elkészült genetikai vizsgálatok eredményei **EESZT-be** (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér) **történi** jelentése kizárólag **külön igény és nyilatkozat esetén történik**. Igényemet a mintavételt végző egészségügyi szolgáltató cég felé írásban (e-mail) van lehetőségem jelezni.

**Nyilatkozom**, hogy genetikai tanácsadáson **külön díj térítése ellenében** a fentiek tudatában:

**NEM kívánok részt venni**  
(*térítésmentes*)

**Részt kívánok venni**  
(*térítésköteles!*)

A jelen nyilatkozatban foglaltakat megértettem, tudomásul vettem és aláírással hitelesítem.

Hely, dátum: .....

.....  
Aláírás\*

\*Érintett, vagy törvényes képviselő aláírása; korlátozottan cselekvőképes, ill. cselekvőképtelen érintett esetén törvényes képviselő aláírása és olvasható neve.  
(A beleegyező nyilatkozat a 2008. évi XXI. Humángenetikai törvénynek (Törvény a humángenetikai adatok védelméről, a humángenetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól) megfelelően került megfogalmazásra.)

## 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 vizsgálatkérő 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 tárolható és szállítható, hűteni és lefagyasztani **tilos**. A minta minőségének megőrzése érdekében ideálisan a mintavételtől számított 72 órán belül, de legfeljebb 96 órán belül a laboratóriumba szállítandó.

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÉS COLONAIQ 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: gyulladós eltérés / divertikulum / polip (típusa:.....)

Roszindulatú 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 **hozzájárulásomat 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.

## 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 vizsgálatkérő lap és aláírt beleegyező nyilatkozat nélkül átvenni, a dokumentumok hiányos kitöltése esetén a vizsgálatot a laboratórium nem tudja elvégezni!

### Mintatárolás, -eltarthatóság:

- *Vizeletminta:* a szolgáltató által biztosított mintatárolóban lévő 10 ml PreservCyt (Hologic) médiumhoz szükséges hozzáadni 20 ml vizeletet, majd a hozzáadást követően, óvatosan szükséges átforgatni. A minta 2–8 °C-on legfeljebb 4 napig tárolható és szállítható.

---

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT URO-17 LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATHOZ

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

**Nyilatkozom**, hogy a vizsgálat céljára és az eredményekre vonatkozó tájékoztatást teljesszűren 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.