

АНКЕТА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Тесты/Профили № _____

Я _____

(фамилия, имя, отчество (если имеется))

действую в своих интересах**

в интересах пациента***

(фамилия, имя, отчество (если имеется))

именуемый Заказчик (читать «Пациент» для всех случаев, когда сведения такового указаны по тексту Договора), настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти молекулярно-генетическое исследование с целью _____

Для этой цели

I. Я сообщаю следующие сведения:

Ф.И.О. _____ пол _____

Дата обследования _____ национальность _____

Дата рождения _____ возраст _____ лет

Вес на момент обследования _____ кг, рост _____ см

Причина обращения:

Цифры артериального давления (АД):

Повышение уровня холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой (низкой) плотности: да, нет

Повышение уровня билирубина: да, нет

Отмечалось ли повышение уровня гомоцистеина: да, нет

Инфаркт миокарда в анамнезе: да, нет; в каком возрасте _____

Инсульт в анамнезе: да, нет; в каком возрасте _____

Повышение свертываемости крови (тромбофилия/гиперкоагуляция): да, нет

Тромбозы в анамнезе: да, нет; в каком возрасте _____

Терапия тромбофилии/тромбоза (указать препараты): _____

Инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, атеросклероз, тромбозы (нужное подчеркнуть) у кровных родственников первой и второй степени родства. Если да, указать, у кого из них _____

Сахарный диабет I или II типа: да, нет

Остеопороз: да, нет

Онкологические заболевания: да, нет

Диагноз/локализация/возраст

прооперирован(а), дата, объем операции, получаемое лечение (какие препараты, периодичность проведения лучевой и/или химиотерапии):

Онкологическая патология у кровных родственников первой и второй степени родства:

Для женщин:

Менструация: с какого возраста _____, продолжительность _____

Регулярность: да, нет; продолжительность цикла _____, болезненность да, нет;

Менопауза: да, нет; с какого возраста _____

Прием оральных (гормональных) контрацептивов: да, нет; указать какие _____

Гинекологические заболевания (указать какие и с какого возраста) _____

Изменение гормонального статуса: да, нет; указать, какие гормоны повышены/понижены _____

Самопроизвольные выкидыши/неразвивающиеся беременности: да, нет;

Если да, то сколько _____, на каком сроке беременности _____

Осложнения во время предыдущих беременностей (гестозы/фетоплацентарная недостаточность): да, нет

В чем проявлялись _____

*Заполняется Заказчиком, в том числе в случае, когда Пациент указан по тексту Договора, но является лицом, не достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией), или признанным в установленном законе порядке недееспособным (если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство), либо Пациентом в случае, если Пациент по тексту Договора и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией).

**Заполняется Заказчиком в случае, если Пациент не указан по тексту Договора, либо Пациентом, если Пациент указан по тексту Договора и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет если лицо является больным наркоманией).

*** Заполняется Заказчиком в случае, если Пациент указан по тексту Договора и является лицом, не достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией) или признанным в установленном законе порядке недееспособным (если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство)

Для мужчин:Нарушение сперматогенеза: да, нет; в чем проявляется _____**Для обоих полов:**Наличие детей: да, нет;Бесплодие: да, нет; в течение какого времени _____

Случаи рождения детей с умственной отсталостью, хромосомной аномалией или врожденными пороками развития (нужное подчеркнуть) в родословной.

Если да, то кто из кровных родственников болен (если известно, уточнить патологию) _____

Кровнородственный брак: да, нет; кем приходится супруги друг другу _____

Случаи больных муковисцидозом, фенилкетонурией, спинальной амиотрофией, несиндромальной нейросенсорной тугоухостью, адреногенитальным синдромом, синдромом Жильбера (нужное подчеркнуть) в родословной.

Если да, то кто из кровных родственников болен _____

Выполнялись ли вами какие-либо генетические исследования ранее? да, нет;

Если да, то какие? _____

Дополнительные клинические данные _____

II. Я выражаю свое согласие с тем, что :

Биологический материал может быть использован для научных исследований при условии, что это не приведет к раскрытию личной информации обо мне или Пациенте (для всех случаев, когда сведения такового указаны по тексту Договора)	ДА	НЕТ
Биологический материал будет сохранен до получения и оценки результатов исследования, а также для выполнения других дополнительных исследований, если это потребуется для получения корректных результатов	ДА	НЕТ
При необходимости результаты исследований могут быть использованы в медико-генетическом консультировании или генетическом исследовании других членов семьи	ДА	НЕТ
При необходимости сотрудник Исполнителя (врач-консультант), проводящий исследование, может связаться со мной посредством телефонного звонка, используя контактную информацию, указанную в настоящей анкете	ДА	НЕТ

Я могу изменить свое мнение по одному или всем пунктам в любое время, о чем обязуюсь незамедлительно письменно уведомить Исполнителя путем направления соответствующего уведомления почтовой связью по адресу места нахождения Исполнителя или предоставления такого уведомления в офис Исполнителя.

Я подтверждаю, что настоящее согласие является неотъемлемой частью информированного согласия на сбор, обработку и использование персональных данных, изложенного в заключенном мной договоре на оказание медицинских услуг, неотъемлемой частью которого является настоящая анкета.

Я подтверждаю, что положения информированного согласия на сбор, хранение и использование персональных данных, изложенного в заключенном мной договоре на оказание медицинских услуг, применяются в части, не противоречащей настоящей анкете.

Заказчик _____
(фамилия, имя, отчество (если имеется))_____
(подпись) / _____
датаПациент (заполняется в случае, если Пациент указан по тексту Договора и является лицом, достигшем возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией)) _____
(фамилия, имя, отчество (если имеется))_____
(подпись) / _____
датаРасписался в моем присутствии: _____
(должность и ФИО медицинского работника)_____
(подпись) / _____
дата