



Kod kreskowy (ID Pacjenta)

--

Zlecenie na badanie molekularne / serologiczne*

Cel badania (wskazania)	
-------------------------	--

Informacje o pacjencie:

Nazwisko:			
Imię:		Płeć	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dzień miesiąc rok	PESEL: (w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)	

Adres kontaktowy, adres e-mail, nr telefonu: (w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej imię, nazwisko i adres kontaktowy opiekuna prawnego)	
--	--

Informacja o materiale biologicznym:

Rodzaj materiału	<input type="checkbox"/> krew	<input type="checkbox"/> wymaz nosowo-gardłowy	<input type="checkbox"/> inne
------------------	-------------------------------	--	-------------------------------------

Wszystkie próbki powinny być traktowane jako materiał potencjalnie zakaźny.

Data pobrania próbki	Godzina pobrania próbki	Podpis osoby pobierającej	Próbka priorytetowa TAK / NIE *
Czy pacjent w ostatnim czasie podróżował zagranicę?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Kraj:	
		Data powrotu do Polski:	
Czy pacjent miał kontakt z chorym na Co-Vid-19?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIADOMO <input type="checkbox"/> INNA EKSPOZYCJA		
Dodatkowe informacje:			

<p>.....</p> <p><i>Imię i nazwisko pacjenta / prawnego opiekuna wyrażającego zgodę na pobranie materiału i wykonanie badania</i></p> <p>*niepotrzebne skreślić,</p>	<p>.....</p> <p><i>Data i podpis pacjenta / opiekuna</i></p>
--	--

Deklaracja Świadomej Zgody**

na wykonanie molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu rozpoznanie lub wykluczenie obecności SARS-CoV-2. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzewanej choroby i o znaczeniu wykonywanych badań molekularnych dla ustalenia rozpoznania.

Ponadto zostałem /-am poinformowany/-a , że:

- w niektórych przypadkach badanie nie uda się z przyczyn technicznych , w związku z czym może zaistnieć potrzeba ponownego pobrania materiału do badań
- jeżeli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej a datą wydania wyniku niepełnoletni badany ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody
- nastąpi zniszczenia próbek biologicznych po wykonaniu badań na które wyraził-em/-am zgodę
- pobrana próbka służy jedynie do wykonania badania diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, wyizolowany materiał genetyczny może być poddany badaniom potwierdzającym

.....
*Imię i nazwisko pacjenta / prawnego opiekuna **
wyrażającego zgodę na pobranie:

.....
*Podpis pacjenta / opiekuna**

.....
Data

.....
Podpis osoby kierującej do badań

.....
Data

***niepotrzebne skreślić,**

**** wymagane do wykonania badań genetycznych**

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust.1 i ust.2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r. , str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „ Rozporządzeniem RODO” informuję, że Pani/ Pana:

1. Dane osobowe są przetwarzane przez podmiot leczniczy CellT Sp. z o.o., ul. Trzy Lipy 3, 80-172 Gdańsk e-mail: kontakt@cell-t.pl, telefon 531-032-573;
2. Dane osobowe są przetwarzane w celu : związanym z zawarciem i realizacją umowy zlecenia na wykonanie badań laboratoryjnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i b, *art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO. Podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne dla wykonania umowy w zakresie określonym art. 78 Kodeksu cywilnego oraz pkt 1 i pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1665 ze zm.), a konsekwencją niepodania danych osobowych jest nie zawarcie umowy i nie wykonanie badań lub pomiarów;
3. Pani/Pana dane osobowe : - nie zostaną ujawnione innym odbiorcom - mogą być przekazywane lub mogą mieć do nich dostęp następujące kategorie odbiorców: - dostawcy usług, z których korzysta Administrator celem zapewnienia wykonywania przez niego zadań, w tym dostawcy oprogramowania, dostawcy usług teleinformatycznych, operatorzy pocztowi; dane nie są przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania umowy a po jego ustaniu przez okres: 20 lat.
5. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także prawo do cofnięcia zgody;
6. W przypadku uzyskania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych Pani/Pana wyniki zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151 ze zm.) zostaną przekazane do właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, a w przypadku konieczności potwierdzenia prawidłowości rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej ośrodkowi referencyjnemu lub jednostce badawczo-rozwojowej zgodnie z art. 9 w/w ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) w przypadku gdy przetwarzanie danych narusza przepisy Rozporządzenia RODO;
8. Administratorem Pani/Pana danych osobowych CellT Sp. z o.o., ul. Trzy Lipy 3, 80-172 Gdańsk e-mail: kontakt@cell-t.pl, telefon 531-032-573

Adnotacje Laboratorium:

Data i godzina przyjęcia materiału do badań	Podpis osoby przyjmującej próbkę	Stan próbki: <input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> próbka przyjęta warunkowo <input type="checkbox"/> próbka nie spełnia kryteriów przyjęcia
---	----------------------------------	---