

АНКЕТА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ *

Тесты/Профили № _____

Я _____
(фамилия, имя, отчество (если имеется))

действуя
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 « ____ » _____ 20 ____ г. Национальность _____

Дата рождения « ____ » _____ 20 ____ г. Возраст _____ лет Вес на момент обследования _____ кг Рост _____ см

Профессия _____ 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 и дозировки) _____

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:

Менструации 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, сколько _____, в каком сроке беременности _____

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

* 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 законом порядке недееспособным (если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство), либо Пациентом в случае, 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 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 законом порядке недееспособным (если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство)

В чем проявлялись _____
Для мужчин:
Нарушение сперматогенеза: ☐ да, ☐ нет; в чем проявляется _____
Для обоих полов:
Наличие детей: ☐ да, ☐ нет Бесплодие лет _____
Случаи рождения детей с умственной отсталостью, хромосомной аномалией или врожденными пороками развития (нужное подчеркнуть) в родословной.
Если да, то кто из кровных родственников болен (в случае необходимости 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 вам 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 такого 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 потребует 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 представления такого уведомления в офис Исполнителя.

Я подтверждаю, что настоящее согласие является неотъемлемой частью информированного согласия на сбор, хранение, 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, обработку 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))

Адрес места жительства: _____ Телефон: _____ e-mail: _____

(подпись) / (ФИО) / _____
дата

Пациент (заполняется в случае, если Пациент указан по тексту Договора и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией)) _____
(фамилия, имя, отчество (если имеется))

Адрес места жительства: _____ Телефон: _____ e-mail: _____

(подпись) / (ФИО) / _____
дата

Расписались в моем присутствии:

(должность медицинского работника) (подпись) (ФИО) _____
дата