

PATIENT INFORMATION / INFORMAȚII PACIENTĂ

First Name / Prenume	Telephone Number / Telefon	E-mail Address / Email		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Last Name / Nume	Address / Adresă			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Date of Birth (DD/MM/YYYY) / Data nașterii	ID / CNP	City / Oraș	Post Code / Cod poștal	Country / Țară
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

REFERRAL INFORMATION / INFORMAȚII TRIMITERE

Clinic Name / Nume clinică	Telephone Number / Telefon	Fax / Fax	E-mail / Email
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clinic ID / Număr de identificare	Address / Adresă		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Referring Clinician Nume medic trimițător	City / Oraș	Post Code / Cod poștal	Country / Țară
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CLINICAL AND TEST DETAILS / INFORMAȚII CLINICE ȘI DETALII DESPRE TEST

REQUESTED TEST / TEST SOLICITAT <i>TICK ONLY ONE BOX BELOW / A SE BIFA O SINGURĂ VARIANTĂ</i> FOR SINGLETON PREGNANCIES / PENTRU SARCINI MONOFETALE <input type="checkbox"/> VERACTY BASIC: TRISOMIILE 13, 18, 21; CROMOZOM Y <input type="checkbox"/> VERACTY PREMIUM: TRISOMIILE 13, 18, 21; ANEUPLOIDIILE X,Y; MICRODELEȚII (del22q11.2, del1p36, del17p11.2, del4p16.3)	FOR TWIN/VANISHED TWIN PREGNANCIES / PENTRU SARCINI GEAMELARE / SINDROMUL GEAMĂNULUI DISPĂRUT <input type="checkbox"/> VERACTY BASIC: TRISOMIILE 13, 18, 21; CROMOZOM Y <input type="checkbox"/> VERACTY PREMIUM: TRISOMIILE 13, 18, 21; MICRODELEȚII (del22q11.2, del1p36, del17p11.2, del4p16.3)	TEST INDICATIONS / INDICAȚII TEST <i>BIFAȚI VARIANTA CORECTĂ & ADĂUGAȚI COMENTARII</i> <input type="checkbox"/> ABNORMAL ULTRASOUND / SARCINĂ ANTERIOARĂ CU RISC <input type="checkbox"/> ADVANCED MATERNAL AGE / MODIFICĂRI ECOGRAFICE <input type="checkbox"/> SERUM SCREEN RISK / VÂRSTA MATERNĂ ÎNAINȚATĂ <input type="checkbox"/> SERUM SCREEN RISK / CALCUL RISK PRENATAL T21 RISK SCORE: 1IN / RISC PENTRU T21 T18 RISK SCORE: 1IN / RISC PENTRU T18 T13 RISK SCORE: 1IN / RISC PENTRU T13 <input type="checkbox"/> FAMILY HISTORY / ISTORIC FAMILIAL <input type="checkbox"/> OTHER / ALTUL CLINICIAN COMMENTS / COMENTARIILE MEDICULUI CLINICIAN
GENDER INFORMATION* / INFORMAȚII DESPRE SEX <input type="checkbox"/> YES / DA <input type="checkbox"/> NO / NU <small>*Informațiile despre sex pot fi comunicate numai după săptămâna 12 de sarcină (în conformitate cu GenDG).</small>	CLINICAL INFORMATION / INFORMAȚII CLINICE <i>COMPLETE ALL SECTIONS BELOW / COMPLETAȚI TOATE SECȚIUNILE DE MAI JOS</i> MATERNAL INFORMATION / INFORMAȚII PACIENTĂ GESTATIONAL AGE (WEEK + DAY) / VÂRSTĂ GESTAȚIONALĂ (SĂPTĂMÂNĂ + ZIUĂ) <input type="text"/> WEIGHT (KG) / GREUTATE (KG) <input type="text"/> HEIGHT (CM) / ÎNĂLȚIME (CM) <input type="text"/> COLLECTION DATE (DD/MM/YY) : / DATA RECOLTĂRII (ZZ/LL/AA) <input type="text"/>	TEST INFORMATION / INFORMAȚII TEST REDRAW TEST: / REPETARE RECOLTARE <input type="checkbox"/> YES / DA <input type="checkbox"/> NO / NU NUMBER OF FETUSES / NUMĂR FETUȘI <input type="checkbox"/> 1 FETUS / 1 FĂȚ <input type="checkbox"/> 1 FETUS - VANISHED TWIN / SINDROMUL GEAMĂNULUI DISPĂRUT <small>Recoltarea se va face la 4 săptămâni după dispariția spontană a unuia dintre fetoși</small> <input type="checkbox"/> 2 FETUSES MONOCHORIONIC TWIN / GEMENI MONOZIGOTI <input type="checkbox"/> DICHORIONIC TWIN / GEMENI DIZIGOTI IVF INFORMATION / INFORMAȚII FIV IVF PREGNANCY: / SARCINĂ FIV <input type="checkbox"/> YES / DA <input type="checkbox"/> NO / NU IF IVF, EGG USED: / ÎN CAZ FIV, OVOCIT FOLOSIT <input type="checkbox"/> YES / DA <input type="checkbox"/> NO / NU SURROGATE: / MAMĂ SUROGAT <input type="checkbox"/> YES / DA <input type="checkbox"/> NO / NU AGE AT EGG RETRIEVAL / VÂRSTA LA RECOLTA- REA OVOCI- TELOR <input type="text"/>

CONȘIMȚĂMÂNT PACIENT

Prin semnătura de mai jos:

- Declar că am semnat Formularul de consimțământ.
- Declar că am avut oportunitatea să primesc consiliere de la medicul trimițător și / sau medic genetician pentru testul VERACTY și să discut cu el toate aspectele legate de testul VERACTY, inclusiv beneficiile, riscurile și limitările testului VERACTY precum și motivele pentru efectuarea testului și disponibilitatea opțiunilor alternative de testare spre satisfacția mea.
- Autorizez SYNEVO ROMÂNIA S.R.L. să colecteze probele de sânge necesare și să trimită acest formular împreună cu probele recoltate către laboratoarele MVZ Martinsried GmbH în scopul efectuării testelor solicitate prin acest formular.
- Autorizez MVZ Martinsried GmbH să folosească o parte sau întreaga cantitate de probă pentru efectuarea testelor cerute pe acest formular.
- Autorizez SYNEVO ROMÂNIA S.R.L. să comunice rezultatele testului medicului meu trimițător conform solicitărilor mele exprimate în acest sens, cu respectarea procedurilor sale interne.
- Confirm că toate informațiile din acest formular sunt adevărate, după cunoștințele mele.

Rezultatele testelor dumneavoastră și orice material biologic neutilizat poate ajuta MVZ Martinsried GmbH să îmbunătățească și să dezvolte calitatea, precizia și eficacitatea diagnosticului precum și extinderea domeniului de aplicare al testărilor genetice. Din acest motiv, MVZ Martinsried GmbH ar dori să utilizeze rezultatele testelor dumneavoastră anonimizate, de-identificate (adică după eliminarea tuturor informațiilor personale cu care puteți fi identificată) și materialul biologic nefolosit.

Pentru cele de mai sus menționate, sunt de acord cu includerea rezultatelor testelor mele în baza de date a MVZ Martinsried GmbH, cu codificarea, stocarea și utilizarea materialului meu genetic.

SEMNĂTURA PACIENT DATA

DECLARAȚIE MEDIC

Prin prezenta, confirm și îmi asum că:

- Pacienta a fost informată că testul va analiza doar patologiile solicitate în acest formular și că a fost informată în mod corespunzător și temeinic cu privire la acest test și a primit toate sfaturile necesare în vederea acordării consimțământului său informat, inclusiv beneficiile, riscurile și limitările testului VERACTY.
- Am răspuns la toate întrebările pacientei despre testul VERACTY.
- Acest formular a fost completat în concordanță cu voința și instrucțiunile pacientei.
- Am obținut consimțământul informat al pacientei și am atestat semnătura acesteia.

SEMNĂTURĂ MEDIC DATA

PATIENT INFORMATION / INFORMAȚII PACIENTĂ

First Name / Prenume

Last Name / Nume

Date of Birth (DD/MM/YYYY) / Data nașterii (ZZ/LL/AA)

Telephone Number (country code & number) / Telefon (prefix țară & număr)

E-mail Address / Email

I understand I will be tested for: / Am înțeles că voi fi testată pentru:

TESTUL VERACITY: VERACITY este un test prenatal non-invaziv (TPNI) care poate fi efectuat de femeile însărcinate începând cu săptămâna a 10-a de sarcină pentru a depista anumite boli genetice ale fătului înainte de naștere. VERACITY identifică prezența unui cromozom suplimentar – o afecțiune genetică numită trisomie – la nivelul cromozomilor 13, 18 și 21. VERACITY oferă, de asemenea, teste suplimentare pentru modificări ale numărului de cromozomi X sau Y (aneuploidii ale cromozomilor sexuali) și deleții sub-cromozomiale (pierderea unei părți din cromozom). VERACITY poate oferi de asemenea, informații despre sexul fetal, în cazul în care optați pentru această informație.

RECOLTAREA PROBEI: Se recoltează o probă de sânge din brațul mamei, urmând procedurile standard de flebotomie care va fi trimisă către laboratoarele MVZ Martinsried GmbH pentru testare. Recoltarea nu prezintă niciun risc pentru mama și făt. Poate fi necesară o probă suplimentară dacă există o întârziere a expeditiei, tuburile de colectare sunt deteriorate, proba a fost contaminată sau recoltată incorect.

PROCESUL DE TESTARE: Materialul genetic (ADN) din placenta se regăsește în sângele mamei. Cu ajutorul echipamentelor și software-ului specializat, VERACITY utilizează o tehnologie inovatoare, brevetată, numită „Tehnologia de îmbogățire a captării țintei” pentru a izola ADN-ul fetal și pentru a calcula dacă există un risc crescut ca fătul să aibă o aneuploidie sau o microdeleție. În cazul în care cantitatea de ADN a fătului (cffDNA) din proba de sânge este prea mică pentru o analiză precisă, va fi solicitată repetarea recoltării. Deși rar, există întotdeauna șansa ca un rezultat să nu fie obținut din cauza lipsei de material genetic.

Prin semnătura mea, confirm că:

- Am fost informată de natura și scopul testului genetic.
- Am fost informată de beneficiile, riscurile și limitările testului genetic de (nume medic).
- Am primit răspunsuri clare la întrebările mele referitoare la testul genetic.
- Am primit o copie a acestui formular.
- Sunt de acord să ofer o probă pentru testul genetic menționat mai sus.

Am explicat pacientei riscurile și beneficiile testului, precum și metodele alternative de testare. Am răspuns la toate întrebările pacientei.

Nume medic trimitător

Prenume

Semnătură
medic trimitătorCompletat de: Pacientă

Prenume

Nume

Data Completării

Semnătură

Nume

Data Semnăturii