

MOLIMO ISPUNITE SVA POTREBNA POLJA
KAKO BISMO OSIGURALI ISPORUKU
REZULTATA NA VRIJEME.

Podaci o trudnici

Potrebno je:

- puno ime i prezime pacijentice
- datum rođenja pacijentice (dan/mjesec/godina)
- adresa pacijentice
- kontakt (telefon ili email)
- težina i visina pacijentice

Informirani pristanak

Potrebno je:

- potpis pacijentice i datum (dan/mjesec/godina)

Potpis kliničara

Potrebno je:

- potpis liječnika i datum (dan/mjesec/godina)

VAŽNO (PODACI O TESTU):

- opcija **Spol fetusa**: za jednodplodne ili blizanačke trudnoće
- Monosomija X** ili **Aneuploidije spolnih kromosoma**: samo za jednodplodne trudnoće
- kod umjetne oplodnje (**IVF trudnoća**) obavezno upisati dob pri doniranju jajne stanice i izvor jajne stanice (vlastita ili nije vlastita)

harmony™
PRENATAL TEST
performed in the UK

Podaci o trudnici Patient Information

Prezime i ime trudnice Patient Name (Last, First) **Horvat Ana**

Datum rođenja Date of Birth **20 Jun 1984**

Adresa Address **Nova cesta 5**

Grad/Pokrajina City/State or Province **Zagreb**

Država Country **Croatia**

E-mail adresa E-mail address **ana.horvat@gmail.com**

Spol Gender Ženski Female Muški Male

Težina (kg) Weight (kg) **63** Visina (m) Height (m) **164**

Informirani pristanak trudnice Patient Signature for Informed Consent

Svojom potpisom na ovom obrascu potvrđujem da sam pročitala, ili da mi je pročitao, informirani pristanak na poleđini ovog obrasca. Razumijem informirani pristanak i dajem dopuštenje laboratoriju da izvede prenatalni test Harmony. Imala sam priliku postaviti pitanja svome liječniku, ili onome koga je liječnik imenovao, i raspraviti o testu, uključujući svrhu, ograničenja i rizike. Znam da prije potpisivanja pristanka mogu dobiti stručni savjet genetičara, budem li željela.

UKLJUČITI Opt-In **ISKLJUČITI Opt-Out**

Označite pristajete li na anonimnu studiju za laboratorijski razvoj i validaciju. Ukoliko odaberete opciju uključiti, potvrđujete i slažete se da nakon završetka testa Vaši osobni podaci (uključujući, bez ograničenja, informacije na TRF formularu i rezultate testa) te preostali neiskorišteni dio Vašeg uzorka krvi, koji se može čuvati najduže 60 dana, budu anonimno uključeni u laboratorijsku validaciju, procesni razvoj i/ili studije kontrole kvalitete od strane laboratorija. Ukoliko odaberete opciju isključiti, Vaši osobni podaci i neiskorišteni dio Vašeg uzorka krvi neće biti korišten u svrhu razvoja laboratorija niti validacijskim studijama. U oba slučaja će Vaši uzorci i osobni podaci, uključujući i rezultate testa, biti pohranjeni, korišteni i uništeni u skladu sa zakonima, pravilima i propisima Ujedinjenog Kraljevstva.

Potpis pacijenta Patient Signature *Ana Horvat*

Datum Date **22. May 2017**

Potpis kliničara Clinician Signature

Potvrđujem da je ova trudnica informirana o pojedinostima testa i njegovim mogućnostima i ograničenjima. Pacijentica je dala pristanak za izvođenje testa.

Potpis kliničara Clinician Signature *[Signature]*

Datum Date **22. May 2017**

Podaci o plaćanju Billing information

Kreditna kartica Credit Card
 Klijent/Pružatelj usluge Client/Provider

Podaci o klinici Clinic Information

Broj računa Account Number **14091** Ime računa Account Name **MEDICORUS Ltd**

Kliničar koji naručuje pretragu Ordering Clinician **dr. Ivan Ivančić**

Adresa Address **Ilica 1**

Grad City **Zagreb** Država Country **Croatia**

Kliničar kojem se šalje nalaz Referring Clinician **dr. Ivan Ivančić**

E-mail adresa E-mail address **ivan.ivancic@gmail.com**

Izbor vrste testa i kliničke informacije Test Menu Options and Clinical Information

Prenatalni test Harmony Prenatal Test (T21, T18, T13)

Molimo označite željene dodatne opcije Please mark any additional test options requested:

Spol fetusa Fetal Sex

Monosomija X (samo jednodplodne trudnoće) Monosomy X (Singletons only)

Aneuploidije spolnih kromosoma (samo jednodplodne trudnoće) Sex Chromosome Aneuploidy Panel (Singletons only)

*Spol fetusa nije uključuen Fetal sex not reported

Gestacijska dob, odaberite A ili B Gestational Age, choose A or B:

A. **10** tjedana weeks **3** dana days datum određivanja measured on **29 May 2017**

B. LMP EDD IVF Datum Date

Broj fetusa Number of Fetuses 1 2

Donirana jajna stanica Egg used in IVF:
 Vlastita Patient
 Nije vlastita Donor

Dob pri pohrani /doniranju Patient/donor age at egg retrieval **32** Godina Years

IVF trudnoća IVF Pregnancy Ne No Da Yes

UZV pokazatelj/biochemijski rizik U/S findings or biochemical risk

Važne informacije za vađenje krvi Important Blood Draw Information

Ispunite A i B Complete A & B:
A. Datum vađenja krvi Collection Date **29 May 2017**

B. Upišite ime i prezime trudnice te njezin datum rođenja na naljepnicama s barkodom. Ime, barkod i datum rođenja moraju se poklapati s onim na TRF formularu. Zalijepite naljepnice po duljini obje epruvete, kako je prikazano na slici.

TDL GENETICS
TDL Genetics Limited, 60 Whitfield Street, London W1T 4EU
Telephone: 020 7307 7409 Fax: 020 7307 7350
E-mail: tdlgenetics@tdlpathology.com Website: www.tdlpathology.com

Barkodovi i oznake pacijenata

Potrebno je:

- zalijepiti barkod na označeno mjesto u gornjem desnom uglu formulara
- napisati puno ime i prezime pacijentice kao i datum rođenja (date of birth) u obliku dan/mjesec/godina na naljepnice sa barkodom te ih zalijepiti na epruvete
- oznake na epruvetama (barkod, ime i prezime i datum rođenja) moraju odgovarati oznakama na formularu
- zalijepite naljepnice po duljini obje epruvete

Podaci o klinici

Potrebno je:

- ime, adresa i email adresa kliničara koji naručuje pretragu

Podaci o testu

Potrebno je:

- ispuniti sva polja
- za informaciju o spolu djeteta označite kućicu ispred opcije **Spol fetusa**
- za informaciju o aneuploidijama spolnih kromosoma, označite kućicu ispred opcije **Monosomija X** ili **Aneuploidije spolnih kromosoma** (uključuje monosomiju X)
- gestacijska dob fetusa:**
- ukoliko je napravljen **ultrazvuk** odaberite **opciju A**, pa upišite određenu gestacijsku dob i datum izvedbe ultrazvuka (dan/mjesec/godina)
- odaberite **opciju B** ukoliko pružite informacije o datumu zadnje menstruacije (**LMP**), terminu poroda (**EDD**) ili datumu umjetne oplodnje (**IVF**)

Važne informacije za vađenje krvi

Potrebno je:

- upisati datum vađenja krvi (dan/mjesec/godina)

Za bilo kakve dodatne informacije ili nejasnoće slobodno nazovite Medicorus na 0800 55 88 info@medicorus.hr

www.harmonytest.hr