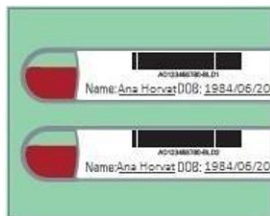


MOLIMO ISPUNITE SVA POTREBNA POLJA
KAKO BISMO OSIGURALI ISPORUKU
REZULTATA NA VRIJEME.



Laboratorij koji naručuje pretragu
Broj uzorka
Ordering Lab
Specimen ID

Ovdje zalijepiti barkod trudnice
Place the -PAT
barcode label here

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 (DOB=date of birth) u obliku godina/mjesec/dan 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, kako je prikazano na slici

Podaci o trudnici

Potrebno je:

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



Podaci o trudnici Patient Information

Prezime i ime trudnice Patient Name (Last, First)	Horvat Ana		
Datum rođenja Date of Birth	1984/06/20		
Adresa Address	Nova cesta 5		
Grad/Pokrajina City/State or Province	Zagreb		
Država/Poštanski broj Country/Postal Code	Croatia / 10 000		
Broj telefona i e-mail adresa Phone and e-mail address	00385989743545 ana.horvat@gmail.com		
Spol Gender	<input checked="" type="checkbox"/> Ženski Female	<input type="checkbox"/> Muški Male	
Težina (kg) Weight (kg)	63 kg	Visina (m) Height (m)	164 cm

Informirani pristanak

Potrebno je:

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

Informirani pristanak trudnice

Patient Signature for Informed Consent

Svojom potpisom na ovom obrascu potvrđujem da sam pročitala, ili da mi je pročitani, informirani pristanak na poleđini ovog obrasca. Razumijem informirani pristanak i dajem dopuštenje tvrtki Ariosa Diagnostics 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. Slažem se i dajem dopuštenje za slanje mojih osobnih podataka uključenih u ovom obrascu (uključujući ime, adresu, informacije o trudnoći i ostale bitne informacije) kao i mojem uzorku krvi kompaniji Ariosa u Sjedinjene Američke Države radi izvedbe Harmony testa. U slučaju povlačenja pristanka ili ukoliko odlučim da ne želim primiti rezultate Harmony testa Ariosa će uložiti komercijalno razumne napore da smjesti uništi moj uzorak krvi u skladu sa važećim američkim zakonima i propisima kao i sa standardnim protokolima za uništenje uzoraka kompanije Ariosa. Slažem se da ukoliko Ariosa izvede Harmony test opciju odabranu na ovom obrascu, ista smije i pohraniti moje osobne podatke (uključujući i rezultat testa) kao i preostali uzorak (ukoliko postoji) u zakonski propisanom vremenskom periodu.

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 najdulje 60 dana, budu anonimno uključeni u laboratorijsku validaciju, procesni razvoj i/ili studije kontrole kvalitete od strane Ariose, njene podružnice ili treće stranke. Ukoliko odaberete opciju isključiti, Vaši osobni podaci i neiskorišteni dio Vašeg uzorka krvi neće biti korišteni 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 američkim federalnim i državnim zakonima, pravilima i propisima.

Potpis pacijenta Patient Signature

Datum Date 2015/09/13

Podaci o plaćanju Billing Information

- Kreditna kartica Credit Card
- Klijent/Priznatelj 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	Broj telefona Phone	0800 55 88
Grad City	Zagreb	Država/Poštanski broj Country/Postal Code	Croatia/10 000
Kliničar kojem se šalje nalaz Referring Clinician	dr. Ivan Ivančić		
E-mail adresa E-mail address	ivan.ivancic@gmail.com		

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

Datum Date 2015/09/13

Izbor vrste testa i kliničke informacije

Test Menu Options and Clinical Information

Prenatalni test Harmony 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 jednopodne trudnoće)* Monosomy X (Singletons only)*
- Aneuploidije spolnih kromosoma (samo jednopodne trudnoće)* Sex Chromosome Aneuploidy Panel (Singletons only)*

*Spol fetusa nije uključen Fetal sex not reported

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

A. 10 tjedana 3 dana datum određivanja measured on 2015/09/13

B. LMP EDD IVF Datum Date

Broj fetusa 1 2
Number of Fetuses

IVF trudnoća Ne Da →
IVF Pregnancy No Yes

Važne informacije za vađenje krvi

Important Blood Draw Information

Ispunite A i B Complete A & B:

A. Datum vađenja krvi Collection Date 2015/09/13

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.

Podaci o klinici

Potrebno je:

- ime, adresa i email adresa kliničara koji naručuje pretragu

Potpis kliničara

Potrebno je:

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

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 (godina/mjesec/dan)
- odaberite **opciju B** ukoliko pružate 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 (godina/mjesec/dan)

TP-00056-F1 Rev 11.0 Effective Date 8/22/2015