

АНКЕТА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ¹

Тесты/Профили №

Я,

(Фамилия, Имя, Отчество)

действуя

<input type="checkbox"/> в своих интересах*
<input type="checkbox"/> 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 "___" _____ г. Возраст _____ лет

Вес на момент обследования _____ кг Рост _____ см

Значительное изменение веса (+ _____ кг; - _____ кг) отмечалось за последние _____ недель, месяцев, лет (нужное подчеркнуть). Профессия _____

Цифры нормального артериального давления (АД) _____

Цифры максимального АД и с какого возраста отмечено повышение _____

Если есть повышение АД, какие препараты применяются _____

Повышение уровня холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой (низкой) плотности (нужное подчеркнуть). Если да, с какого возраста (по возможности указать уровень) _____

Повышение уровня билирубина: да, нет. Если да, с какого возраста (по возможности указать уровень общего, прямого и непрямого билирубина) _____

Отмечалось ли повышение уровня гомоцистеина: да, нет. Если да, с какого возраста (по возможности указать уровень) _____

Придерживались ли когда-нибудь диеты: да, нет. Если да, какой (ограничение каких продуктов, продолжительность, по собственному желанию или по указанию врача) _____

Курение (с какого года, сколько сигарет в день) _____

Употребление алкоголя: да, нет, как часто _____

Беспокоят ли боли в сердце: да, нет; чем купируются (снимаются) _____, частота возникновения приступов _____, боли связаны с эмоциональной или физической нагрузкой (нужное подчеркнуть), другое _____

Инфаркт миокарда в анамнезе: да, нет; в каком возрасте _____

Инсульт в анамнезе: да, нет; в каком возрасте _____

Боли в ногах по ходу вен: да, нет; отеки к вечеру: да, нет

Варикозное расширение вен нижних конечностей, пищевода, прямой кишки (нужное подчеркнуть): да, нет, с какого возраста _____

¹ 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).

Повышение свертываемости крови (тромбофилия/гиперкоагуляция): да, нет; с какого возраста _____

Тромбозы в анамнезе: да, нет; в каком возрасте _____

Применяемая/планируемая терапия тромбофилии/тромбоза (по возможности указать препараты и дозировки) _____

Инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, атеросклероз, тромбозы (нужное подчеркнуть) у кровных родственников первой и/или второй степени родства: да, нет. Если да, указать какие и у кого _____

Сахарный диабет I или II типа (нужное подчеркнуть): с какого возраста _____, уровень глюкозы натощак _____, применяемые препараты _____

Сахарный диабет I или II типа (нужное подчеркнуть) у кровных родственников первой и/или второй степени родства. Если да, указать у кого _____

Остеопороз: с какого возраста _____, применяемые препараты _____

Остеопороз у кровных родственников первой и/или второй степени родства. Если да, указать у кого _____

Аллергические заболевания: да, нет; чем проявляются _____

Аллергические заболевания у кровных родственников первой и/или второй степени родства. Если да, указать какие и у кого _____

Подозрение на наличие болезни Альцгеймера: да, нет

Болезнь Альцгеймера у кровных родственников первой и/или второй степени родства: да, нет. Если да, указать у кого _____

Подозрение на наличие болезни Крона: да, нет

Болезнь Крона у кровных родственников первой и/или второй степени родства: да, нет. Если да, указать у кого _____

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/или второй степени родства: да, нет. Если да, указать какая, у кого и в каком возрасте была обнаружена _____

Для женщин:

Менструации с какого возраста _____, продолжительность _____

регулярность: да, нет; продолжительность цикла _____, болезненность: да, нет

Менопауза: да, нет, с какого возраста _____

Приём оральных (гормональных) контрацептивов: да, нет. Если да, указать какие _____

Гинекологические заболевания (указать какие и с какого возраста) _____

Изменение гормонального статуса: да, нет. Если да, указать какие гормоны повышены/понижены _____

Самопроизвольные выкидыши/неразвивающиеся беременности: да, нет

Если да, сколько _____, на каком сроке беременности _____

Осложнения во время предыдущих беременностей (гестоз/плацентарная недостаточность): да, нет

Если да, в чём проявлялись _____

Для мужчин:

Нарушение сперматогенеза: да, нет. Если да, в чем проявляется _____

Для обоих полов:

Наличие детей: да, нет

Бесплодие: да, нет. Сколько лет _____. Количество партнеров (партнёрш) _____

Случаи рождения детей с умственной отсталостью, хромосомными аномалиями или врождёнными пороками развития (нужное подчеркнуть) в родословной

Если да, кто из кровных родственников болен (по возможности указать патологию) _____

Кровнородственный брак: да, нет. Если да, 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 родственников болен _____

Выполнялись ли Вам какие-либо генетические исследования ранее: да, нет

Если да, указать какие _____

Дополнительные клинические данные _____

II. Я выражаю своё 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 такового 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 потребуется 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 чём обязуюсь незамедлительно письменно уведомить Исполнителя путём 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.

* 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).

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