

## АНКЕТА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ\*

Тесты/Профили № \_\_\_\_\_

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (если имеется))

действую 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 \_\_\_\_\_ национальность \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_ лет

Вес на момент обследования \_\_\_\_\_ кг, рост \_\_\_\_\_ см

Причина обращения: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

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:

Менструация: 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, то сколько \_\_\_\_\_, на каком сроке беременности \_\_\_\_\_

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

В чем проявлялись \_\_\_\_\_

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

**Для мужчин:**Нарушение сперматогенеза:  да,  нет; в чем проявляется \_\_\_\_\_**Для обоих полов:**Наличие детей:  да,  нет;Бесплодие:  да,  нет; в течение какого времени \_\_\_\_\_

Случаи рождения детей с умственной отсталостью, хромосомной аномалией или врожденными пороками развития (нужное подчеркнуть) в родословной.

Если да, то кто из кровных родственников болен (если известно, 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 вами 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 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 чем обязуюсь незамедлительно письменно уведомить Исполнителя путем направления соответствующего уведомления почтовой связью по адресу места нахождения Исполнителя или предоставления такого уведомления в офис Исполнителя.

Я подтверждаю, что настоящее согласие является неотъемлемой частью информированного согласия на сбор, 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 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))\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
датаПациент (заполняется в случае, если Пациент указан по тексту Договора и является лицом, достигшем возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией)) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (если имеется))\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
датаРасписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_  
(должность и ФИО медицинского работника)\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
дата