



INSTITUTUL NATIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE  
IN DOMENIUL PATOLOGIEI SI STIINTELOR BIOMEDICALE  
"VICTOR BABEȘ"

Splaiul Independenței 99-101, Sector 5,  
050096 Bucuresti, ROMANIA  
Tel. +4021.319.27.32/207.; +4021.319.27.33/207;  
Fax.: +4021.319.45.28;  
**E-mail: [genetica@ivb.ro](mailto:genetica@ivb.ro) - [www.ivb.ro](http://www.ivb.ro)**

<b>Cod pacient</b>	
--------------------	--

### BILET DE TRIMITERE

<b>INFORMATII DESPRE PACIENT / PROBA BIOLOGICA</b>	
Numele si prenumele pacientului:	
Data nasterii:	Tel.:
Sex: M / F	
Diagnostic / indicatia clinica:	
Tipul produsului biologic:	
Anticoagulant:	
Data recoltarii:	Ora:
Prelevat de (nume):	
Alte observatii:	
<b>CINE SOLICITA ANALIZA</b>	
Numele medicului solicitant:	
Unitatea care trimite:	
Date de contact medic solicitant (telefon / fax / e-mail):	
<b>ANALIZE SOLICITATE:</b>	
Denumirea analizei	Se selecteaza
Analiza cariotip	<input type="checkbox"/>
Test FISH	<input type="checkbox"/>

<b>DATE CLINICE SI PARACLINICE RELEVANTE (in functie de indicatia clinica)</b>			
Antecedente personale patologice			
Antecedente heredo-colaterale			
Date paraclinice			
Observatii			
<b>DE COMPLETAT IN CADRUL LABORATORULUI GENETICA MEDICALA, INCD VICTOR BABES</b>			
Data receptiei	Ora	Tipul si cantitatea probei biologice	Codul de laborator al pacientului

### **CONSIMTAMANT INFORMAT PENTRU ANALIZE GENETICE**

Confirm faptul ca am fost informat despre detaliile privind:

- recoltarea probelor biologice si tipurile de probe care urmeaza a fi recoltate in functie de analizele solicitate;
- utilizarea probelor biologice in analizele genetice prescrise mie, tipurile de servicii clinice oferite de laborator, precum si examinarile trimise la alte laboratoare, daca este cazul;
- perioada de timp in care voi primi rezultatele;
- asigurarea din partea laboratorului a confidentialitatii datelor furnizate si a rezultatelor examenilor.

Am avut posibilitatea să pun întrebări în legătură cu activitățile prevăzute și am inteles riscurile pe care le implică. Declar ca recipientele au fost etichetate in prezenta mea cu numele meu.

Sunt de acord ca buletinul de analiza cu rezultatele examenilor sa fie disponibil astfel:

- medicului solicitant (formularul original, tiparit si/sau pe e-mail la adresa: [flowsuub@gmail.com](mailto:flowsuub@gmail.com).....)
- pacientului (formularul original, tiparit si/sau pe e-mail la adresa:.....)
- apartinatorului: Nume .....Prenume.....  
(formularul original tiparit).

Considerând că dispun de toate informațiile care îmi permit să iau o decizie, îmi dau acordul pentru recoltarea probelor si efectuarea analizelor prescrise, precum si pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul analizelor genetice de diagnostic.

Solicit si autorizez personalul Laboratorului Genetica Medicala din Institutul National de Cercetare-Dezvoltare in Domeniul Patologiei si Stiintelor Biomedicale „Victor Babes” sa efectueze analizele genetice **de diagnostic** recomandate mie.

In plus, declar ca SUNT / NU SUNT de acord cu urmatoarele:

	DA	NU
Folosirea probelor biologice in scop stiintific si/sau didactic, cu conditia ca aceasta situatie sa nu prejudicieze diagnosticul genetic si sa pastreze secretul identitatii mele		
Folosirea in scop stiintific si/sau didactic, a rezultatelor obtinute prin efectuarea analizelor genetice, cu conditia pastrarii secretului identitatii mele.		
<b>Nota:</b> Aveti dreptul sa va retrageti acordul pentru activitati stiintifice si didactice, oricand, printr-o cerere scrisa depusa la sediul institutiei noastre.		

Imi asum responsabilitatea pentru declaratiile facute.

<b>Numele medicului solicitant:</b>	
<b>Semnatura</b>	<b>Data</b>
<b>Parafa</b>	
<b>Numele pacientului:</b>	
<b>Semnatura pacientului (reprezinta acordul pentru cele mentionate mai sus)</b>	<b>Data</b>