

Kods:  -  Saņemšanas datums: DDMMGGGG

Laiks: :

Parauga raksturojums:  atbilstošs  neatbilstošs \_\_\_\_\_  
(IEMESLS)

## MOLEKULĀRĀS ĢENĒTIKAS ZINĀTNISKĀ LABORATORIJA

RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTE  
Dzirčiema 16, A-korp., 312.kab.  
Rīga, LV-1007, Latvija  
Tālr. 67061542, e-pasts: mgzl@rsu.lv  
www.rsu.lv/mgzl

Parauga saņēmēja vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_ paraksts \_\_\_\_\_  
(DRUKĀTIEM BURTĪEM)



**NEPILNĪGI AIZPILDĪTA NOSŪTĪJUMA GADĪJUMĀ VAI NEPAREIZA (nekvalitatīva, nepietiekošā daudzumā) MATERIĀLA NOSŪTĪŠANAS GADĪJUMĀ, LABORATORIJA IR TIESĪGA NORAI DĪT PARAUGU.**

### Aizpilda nosūtītājs:

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_  
(DRUKĀTIEM BURTĪEM)

Dzimšanas datums: DDMMGGGG

Personas kods/  
identifikators:  -

Dzimums:  Sieviete  Vīrietis

### Parauga veids:

Asinis  
(EDTA stobriņā)  DNS

### Parauga paņemšana:

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_ Parauga paņemšanas datums: DDMMGGG

(DRUKĀTIEM BURTĪEM)

Laiks: :

### Izmeklēšanas iemesls (atzīmēt vienu iemeslu):

- Akūta saslimšana  
 Hronisks saslimšanas paasinājums  
 Pirms plānveida operācijas  
 Operācijas vai manipulācijas laikā iegūta materiāla izmeklēšanai  
 Iespējamās slimības dēļ  
 Hroniskas saslimšanas dinamiskai novērošanai  
 Cits (norādīt) \_\_\_\_\_

### Pacientu grupa (atzīmēt vienu iemeslu):

- Bērns līdz 18 gadu vecumam  
 Dienas stacionāra pacients  
 Trūcīga persona  
 Ambulatorā palīdzība uzņemšanas nodaļas pacientam  
 Valsts sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esoša persona  
 Ieslodzījuma vietā esoša persona  
 Grūtniece vai sieviete pēcdzemdību periodā līdz 42 d.  
 Patvēruma meklētājs  
 Cits (norādīt) \_\_\_\_\_

### Nosūtītājs:

Veicamo analīžu skaits  Ārstniecības iestādes kods:

Ārstniecības iestāde: \_\_\_\_\_

Ārsts: \_\_\_\_\_

Ārsta personas kods vai identifikators: \_\_\_\_\_

Specialitāte vai specialitātes kods: \_\_\_\_\_

Ārsta tālruna numurs: \_\_\_\_\_

E-pasta adrese: \_\_\_\_\_

Cits (norādīt) \_\_\_\_\_

CITO! gadījumā Tālr./fakss, e-pasts, pa kuru paziņot rezultātu:

### Maksātājs:

NVD  Ārstniecības iestāde  Individuāls (tikš nosūtīts elektronisks rēķins)  Sadarbības ietvaros (piemērojams tikai pēc vienošanās ar laboratoriju)

## PACIENTAM VEIKT DNS MOLEKULĀRO ANALĪZI (atzīmēt nepieciešamo):

Ģimenes locekļu skrīnings pozitīvas ģimenes anamnēzes gadījumā, norādīt radniecības pakāpi un atklāto genotipu: \_\_\_\_\_

(DRUKĀTIEM BURTĪEM)

Diagnozes apstiprināšanai

Atzīmēt slimību (par visiem pieejamajiem testiem sīkāka informācija [www.rsu.lv/mgzl](http://www.rsu.lv/mgzl)). Atbilstoši norādītajai slimībai atzīmēt īsu anamnēzi, klīniskos simptomus un attiecīgus laboratoros izmeklējumus, kas nepieciešami, lai sagatavotu iegūto ģenētisko rezultātu interpretāciju.

Īsa anamnēze, norādot būtiskākās klīniskās izmaiņas un simptomus:

## PACIENTAM VEIKT DNS MOLEKULĀRO ANALĪZI (atzīmēt nepieciešamo):

Cistiskā fibroze (ietver secīgu analīzi – divu biežāko variantu noteikšana, gēna sekvenēšana, plašu delēciju duplikāciju analīze).

Citi varianti (norādīt) \_\_\_\_\_

Neskaidras etioloģijas hepatīts:

Alfa-1-antitripsīna nepietiekamības noteikšana - ietver divu biežāko variantu noteikšanu *SERPINA1* gēnā

Vilsona slimības noteikšana – ietver viena biežākā izraisošā variantu noteikšanu.

Citi varianti (norādīt) \_\_\_\_\_

Mieloproliferatīvās slimības (ietver *JAK2* gēna p.V617F varanta noteikšanu, 9.eksona pārbaudi *CALR* gēnā).

Citi varianti (norādīt) \_\_\_\_\_

Cits izmeklējums \_\_\_\_\_

## AIZPILDA PACIENTS UN NOSŪTĪTĀJS - PIEKRIŠANA ANALĪZU VEIKŠANAI.

Datu Pārzinis: Rīgas Stradiņa universitāte, Dzirciema iela 16, Rīga, Latvija  
Ar parakstiem apliecinām, ka pacientam vai personai, kas pilnvarota dot piekrišanu pacienta vietā, ir izskaidrota ģenētiskās analīzes nepieciešamība, kā arī tās ierobežojumi un iespējamās sekas, un pacients vai persona, kas pilnvarota dot piekrišanu pacienta vietā, piekrīt šo analīžu veikšanai un saņemt analīžu rezultātu elektronisko atbildi. Pacientam vai personai, kas pilnvarota dot piekrišanu pacienta vietā, ir atbildēts uz visiem interesējošiem jautājumiem, kas saistīti ar molekulāri ģenētiskajiem izmeklējumiem.

Rīgas Stradiņa universitātē glabāsies šādi dati: vārds, uzvārds, personas kods vai identifikators, ģenētiskā izmeklējuma rezultāts un ar to saistītie klīniskie dati, kas tiks izmantoti apkopotā veidā, pārskatu sagatavošanā tai skaitā zinātniskajās publikācijās ievērojot Fizisko personu datu apstrādes noteikumus. Pieeja uzglabātajiem datiem būs Rīgas Stradiņa universitātes pētniekiem. Papildus piekrišanas gadījumā bioloģiskais materiāls un saistītie dati var tikt uzglabāti līdz 75 gadiem ilgu periodu. Papildus piekrišanas gadījumā, pacients piekrīt, ka papildus analīžu veikšanai viņa bioloģiskais materiāls var tikt nosūtīts uz akreditētu medicīnisko laboratoriju, informēšana par rezultātiem būs saskaņā ar doto piekrišanas apjomu.

## PAPILDUS PIEKRIŠANAS FORMA

Piekrītu sava ģenētiskā materiāla izmantošanai zinātniskajos pētījumos (Pārzinis: Rīgas Stradiņa universitāte), kas atbilst Latvijas Republikas prasībām par pētījumu veikšanu (saņēmuši Centrālās Medicīnas Ētikas komitejas atļauju), kā arī sava klīniskā apraksta atjaunošanai, un, ja, izpētot manu genomu, tiks atklāta informācija par man līdz šim nezināmu apdraudējumu manai vai manu radnieku veselībai (vajadzīgo atzīmēt):

Piekrītu, ka man tiek paziņota šāda informācija;

Piekrītu, ka man tiek paziņota šāda informācija tikai tādā gadījumā, ja risks veselībai ir novēršams;

Piekrītu sava ģenētiskā materiāla izmantošanai zinātniskajos pētījumos, kā arī sava klīniskā apraksta atjaunošanai, bet NEVĒLAS saņemt informāciju par rezultātu;

APZINOS, ka nepaskaidrojot iemeslu varu atteikties no dalības zinātniskos pētījumos, rakstot uz [mgzl@rsu.lv](mailto:mgzl@rsu.lv).

Ja Jums rodas jautājumi par papildus piekrišanu, lūdzu, sazinieties ar Lindu Gailīti, tel.67061542, [linda.gailite@rsu.lv](mailto:linda.gailite@rsu.lv)  
Sūdzību par datu apstrādes noteikumu pārkāpumu variet sniegt Rīgas Stradiņa universitātes datu apstrādes speciālistiem vai uz epastu [personu.dati@rsu.lv](mailto:personu.dati@rsu.lv), tālr. +37167409248 un Datu valsts inspekcijā, Elijas iela 17, Rīga, LV-1050, tālr. 67223131.

## PACIENTA UN NOSŪTĪTĀJA PARAKSTI

Pacienta vai pilnvarotās personas vārds, uzvārds, paraksts \_\_\_\_\_

Nosūtītāja vārds, uzvārds, paraksts \_\_\_\_\_

Datums: \_\_\_\_\_