

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА		
Прізвище	Ім'я, По батькові	Стать
Дата народження	Контактний телефон	Адреса електронної пошти
Адреса для повернення біоматеріалу (лише для блоків та/або скелець)		<input type="radio"/> Жіноча
Місто	Номер відділення/поштомоту Нової Пошти	<input type="radio"/> Чоловіча
ПІБ отримувача	Телефон отримувача () _____-_____-_____	

ІНФОРМАЦІЯ ПРО МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД	
Назва медичного закладу	ПІБ лікаря
Телефон лікаря () _____-_____-_____	Адреса електронної пошти лікаря

ІНФОРМАЦІЯ ПРО БІОЛОГІЧНИЙ МАТЕРІАЛ, ЩО НАДАЄТЬСЯ		
Тип матеріалу <input type="radio"/> Слина <input type="radio"/> Кров <input type="radio"/> FFPE блок	Патоморфологічний діагноз	Результати попередніх ІГХ/молекулярних досліджень
Дата забору матеріалу (для блоків - дата біопсії)		
Клінічний діагноз	Матеріал, що надається для дослідження	
Дата операції	<input type="checkbox"/> Парафінові блоки кількість..... номери.....	
Вид операції	<input type="checkbox"/> Скелець кількість..... номери.....	
	Додаткова інформація (заповнюється працівниками лабораторії)	

ПЕРЕЛІК ДОСЛІДЖЕНЬ		
<input checked="" type="checkbox"/>	Назва тесту	Ціна (грн)
<input type="radio"/>	Мутації EGFR - розширене дослідження (ПЛР)	5 100
<input type="radio"/>	Мутації EGFR - базове дослідження (ПЛР)	2 700
<input type="radio"/>	Мутація EGFR T790M (ПЛР)	2 700
<input type="radio"/>	Чутливість пухлин до ALK інгібіторів (ІГХ)*	850
<input type="radio"/>	PD-L1 чутливість до імунотерапії (ІГХ)*	3 700
<input type="radio"/>	SOLID TUMOR COMPLETE (NGS)	31 750

* При замовленні ІГХ досліджень додатково оплачується письмове заключення щодо проведених імуногістохімічних досліджень. Вартість заключення - 300 грн.

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА

на отримання послуг з охорони здоров'я

Цим підтверджую, що звернув(ла)ся до ТОВ «НАНО ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ» з метою отримання послуг з охорони здоров'я: діагностики захворювань та патологічних процесів на гістологічному матеріалі (біоптат або операційний матеріал) та/або крові та/або слини Пацієнта, зазначеного у Замовленні на дослідження (надалі – Замовлення).

Надаю згоду на обробку персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» та інших нормативно – правових актів України, які стосуються захисту персональних даних, в базі персональних даних, власником якої є ТОВ «НАНО ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ». У свою чергу, ТОВ «НАНО ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ» зобов'язується забезпечити конфіденційність та безпеку персональних даних під час їх обробки.

Цим документом підтверджую факт надання своєї добровільної та усвідомленої згоди на отримання вищевказаних послуг з охорони здоров'я. Безпосереднім виконавцем послуг з охорони здоров'я є ТОВ «НАНО ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ». Послуги з охорони здоров'я виконуються у лабораторії компанії ТОВ «НАНО ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ».

ТОВ «НАНО ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ» має право відмовитися від постачання послуг з охорони здоров'я Пацієнту, якщо Пацієнт надав матеріал для дослідження неналежної якості. Цією згодою Пацієнта попереджено, що для успішного виконання дослідження наданий гістологічний матеріал (парафінові блоки, скельця) має бути належним чином фіксований та оброблений, і містити достатню кількість пухлинної тканини. У випадку його невідповідності даним вимогам виділення ДНК/РНК задовільної якості та/або в достатній для аналізу кількості може бути неможливим. У такому випадку ТОВ «НАНО ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ» повертає Пацієнту суму, сплачену за послуги з охорони здоров'я, за мінусом вартості перевірки наданого гістологічного матеріалу на придатність для замовленого дослідження.

При невідповідності для дослідження матеріалу крові або слини здійснюється перезабір такого матеріалу безкоштовно для Пацієнта за рахунок ТОВ «НАНО ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ».

Своїм власним підписом на Замовленні я підтверджую, що у повністю зрозумілому вигляді мені була надана інформація стосовно сутності дослідження, яке буде проведено.

Результати досліджень надаються українською мовою і відправляються у вигляді PDF- файлу на електронну адресу, зазначену у Замовленні. Відповідальність за коректність даних електронної адреси покладається на Пацієнта та/або Замовника дослідження.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я підтверджую, що повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено та зобов'язуюсь оплатити в повному обсязі вартість послуг з охорони здоров'я шляхом готівкового або безготівкового розрахунку.

Підпис

ПІБ

Дата

