

WYWIAD DO BADANIA ALEX 3: Molekularna diagnostyka alergii

Wypełnienie poniższego formularza jest niezbędne do prawidłowej specjalistycznej interpretacji wyniku badania ALEX 3: Molekularna diagnostyka alergii IgE-zależnej.

Przyjmuję do wiadomości / akceptuję, iż usługa konsultacji / interpretacji wyniku testu ALEX realizowana jest przez lekarza alergologa w ramach praktyki lekarskiej. W związku z tym faktem przekażę lekarzowi wyniki mojego badania wraz z wypełnionym przeze mnie drukiem wywiadu.

1. Data urodzenia

2. Choroby współistniejące

.....

3. Choroby przebyte

.....

4. Stosowane leki

.....

5. Rozpoznane choroby alergiczne

- ☐ alergia na roztocza kurzu domowego
- ☐ alergia na pyłki traw
- ☐ atopowe zapalenie skóry
- ☐ astma oskrzelowa

6. Aktualne objawy:

- ☐ duszności
- ☐ kaszel
- ☐ katar przewlekły
- ☐ katar sezonowy
- ☐ łzawienie oczu
- ☐ bóle brzucha
- ☐ nudności
- ☐ biegunki
- ☐ biegunki na przemian z zaparciami
- ☐ swędzące bąble pokrzywkowe (takie jak po ukłuciach komarów)
- ☐ zmiany płaskie czerwone, szorstkie, swędzące

7. Czy miał Pan/Pani kiedykolwiek objawy anafilaksji?

- ☐ Nagła duszność
- ☐ Świszczący oddech
- ☐ Bąble swędzące na skórze
- ☐ Świąd skóry owłosionej (głowa, pachy, krocze)
- ☐ Zastąpienie
- ☐ Zawroty głowy
- ☐ Zamglone widzenie
- ☐ Utrata przytomności
- ☐ Kurczowe bóle brzucha
- ☐ Nudności
- ☐ Wymioty

8. Czy podejrzewa Pan/Pani jaki czynnik mógł wywołać tę reakcję?

9. Czy przed wystąpieniem reakcji miał Pan/Pani wysięk fizyczny? ☐ Tak ☐ Nie

10. Czy przed wystąpieniem reakcji zażył Pan/Pani jakiś lek? ☐ Tak ☐ Nie

11. Ile było takich reakcji w przeszłości?

12. W jakim czasie od kontaktu z alergenem pokarmowym / użądleniem wystąpiły objawy?

13. Czy kiedykolwiek w przeszłości po ekspozycji na ten czynnik obserwował Pan/Pani podobne, ale znacznie łagodniejsze objawy?

14. Czy miał Pan/Pani przy sobie adrenalinę? ☐ Tak ☐ Nie

15. Czy podał Pan/Pani sobie adrenalinę? ☐ Tak ☐ Nie

16. Czy konieczne było wezwanie Pogotowia Ratunkowego? ☐ Tak ☐ Nie

17. Czy stwierdzono u Pana/Pani kiedykolwiek uczulenie na

- ☐ Pyłki drzew
- ☐ Pyłki traw
- ☐ Pyłki chwastów
- ☐ Roztocza kurzu domowego
- ☐ Sierść zwierząt
- ☐ Leki
- ☐ Pokarmy

18. Czy był Pan/Pani kiedykolwiek żądłony przez:

- ☐ Osę
- ☐ Pszczołę
- ☐ Szerszenia

19. Czy w pobliżu miejsca zamieszkania są ule / pasieka? ☐ Tak ☐ Nie

20. Czy po poprzednich użądleniach wystąpiła jakaś reakcja niepożądana – jeśli tak to jaka?:

21. Czy Pan/pani pracuje lub często przebywa w miejscu, gdzie jest duże narażenie na kontakt z owadami (pszczoła, osa, szerszeń)? ☐ Tak ☐ Nie

Informacja o administratorze danych osobowych

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych podawanych w celu wykonania badań diagnostycznych jest: Diagnostyka S.A. z siedzibą w Krakowie ul. Prof. M. Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków.
2. Diagnostyka S.A. w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych stosuje przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).
3. Diagnostyka S.A. powołała Inspektora Ochrony Danych, który zgodnie z postanowieniami ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych jest osobą nadzorującą przestrzeganie zasad ochrony danych w podmiocie, w którym został wyznaczony. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować za pośrednictwem formularza kontaktowego <https://diag.pl/pacjent/kontakt/daneosobowe/> lub przysyłając korespondencję na adres siedziby Administratora.
4. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Zgodnie z art. 25. ust. 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; do prowadzenia dokumentacji medycznej niezbędne jest podanie co najmniej takich danych, jak: a. b. c. d. e. f. nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.
5. Skutkiem niepodania danych osobowych będzie niemożność przyjęcia przez Diagnostykę S.A. zamówienia na realizację badań diagnostycznych, a w konsekwencji brak możliwości wykonania badań diagnostycznych lub innych świadczeń medycznych.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania badań diagnostycznych, udzielenia innych świadczeń medycznych na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych oraz przechowywania dokumentacji medycznej przez okres wynikający z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; tj. przez 20 lat, a w przypadku dzieci do ukończenia 2 r. ż. przez okres 22 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. W przypadku ewentualnych roszczeń okres ten może ulec wydłużeniu na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów prawa w tym art. 9 ust. 2 lit. f) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
7. Podanie przez Panią/Pana dodatkowych danych kontaktowych jest dobrowolne i ma na celu poinformowanie w szczególności kiedy wyniki badań wskazują wartości krytyczne mogące stanowić zagrożenie dla Pani/Pana życia lub zdrowia.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane osobom nieupoważnionym. Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta w związku z tym w celu zapewnienia prawa dostępu do dokumentacji medycznej Diagnostyka S.A. będzie przetwarzać również dane osobowe osób upoważnionych przez pacjenta do odbioru jego wyników badań oraz dane osobowe przedstawicieli ustawowych pacjenta.
9. Pani/Pana dokumentacja medyczna może zostać udostępniona również podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych i praktykom lekarskim, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, a także w przypadkach wyraźnie przewidzianych aktualnie obowiązującymi przepisami prawa m.in. organom sanitarno-epidemiologicznym oraz organom publicznym prowadzącym rejestry medyczne oraz innym podmiotom za Pani/Pana zgodą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
10. Diagnostyka S.A. korzysta z usług innych podmiotów, którym na podstawie art. 28 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych powierza do przetwarzania dane osobowe w związku realizacją przez te podmioty na rzecz Diagnostyki S.A. usług związanych m.in. z wykonywaniem badań diagnostycznych, serwisem systemów informatycznych i aparatury medycznej.
11. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania.
12. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.