

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_ Nr pacjenta:

Ulica: \_\_\_\_\_ Nr domu: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy:  -

Płeć: \_\_\_\_\_ K  M

Wiek:  PESEL:

**Data badania:**

Powyższe dane są niezbędne do wystawienia i wysłania wyniku badania laboratoryjnego. W przypadku ukazania się publikacji naukowej **Imię, nazwisko, adres oraz PESEL nie będą nigdy upublicznione.** [USTAWA z dnia 29 sierpnia 1997 r. O ochronie danych osobowych. (t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926)]

## WYWIAD:

1 **Czy słyszała Pani/Pan wcześniej o celiakii (chorobie trzewnej)?** TAK  NIE

2 **Proszę o podanie masy ciała dziecka**

\_\_\_\_\_ kg

3 **Proszę o podanie wzrostu dziecka**

\_\_\_\_\_ m

4 **Czy zauważyła Pan/Pani jakieś objawy celiakii?** TAK  NIE

**Jakie:**

Niski wzrost TAK  NIE

Niedobór masy ciała TAK  NIE

Przewlekłe biegunki TAK  NIE

Bóle brzucha TAK  NIE

Wzdęcia TAK  NIE

Nieprawidłowe wypróżnianie TAK  NIE

Częste nawracające bóle głowy TAK  NIE

Niedorozwój szkliwa zębnego	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Patologiczne złamania	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Osteoporoza, osteopenia	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Afty, zapalenia kąćców ustnych	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Uczucie ciągłego zmęczenia	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Depresja	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Trudności w nauce i koncentracji	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
ADHD	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia neurologiczne: padaczka, ataksja, drgawki	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Opóźnione dojrzewanie (opóźnienie miesiączkowania)	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Nietolerancja laktozy, cukrzyca typu 1	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Anemia z niedoboru żelaza i kwasu foliowego	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Niewyjaśnione bóle stawów, bóle mięśni	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Inne	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Jakie? _____				

**5 Czy ktokolwiek z bliskiej rodziny chorował na celiakie?**

TAK  NIE

Jeżeli tak to jak bliski krewny to jest?

**6 Czy u dziecka rozpoznano celiakię?**

TAK  NIE

Jeśli tak to:

Czy wynik badań laboratoryjnych był dodatni?

TAK  NIE

Czy była wykonana biopsja jelitowa?

TAK  NIE

Czy dziecko przebywa na diecie bezglutenowej?

TAK  NIE

**6 Czy u dziecko jest w trakcie leczenia?**

TAK  NIE

Jeśli tak to, jakie lekarstwa zażywa?

\_\_\_\_\_

## INFORMACJA DLA PACJENTÓW

Szanowni Państwo,

W związku z prowadzonymi w Katedrze i Zakładzie Analityki Medycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu badaniami naukowymi dotyczącymi stworzenia i wdrożenia nowych metod diagnostyki celiakii **istnieje możliwość udziału w projekcie badawczym**. Pozwoli to na opracowanie nowych testów diagnostycznych. Metody te będą prostsze w wykonaniu niż obecnie stosowane – wymagane będzie jedynie pobranie kropli krwi oraz próbka śliny.

W projekcie tym mogą wziąć udział dzieci za zgodą rodziców spełniający określone kryteria kliniczne i laboratoryjne, którzy wyrażą zgodę na poddanie się badaniom.

### **Dzieciom objętym badaniem zapewnimy pełną diagnostykę celiakii**

**Udział w badaniach jest dobrowolny, nie wiąże się z zastosowaniem jakiejkolwiek terapii eksperymentalnej, polega jedynie na wykorzystaniu danych z wywiadu, badania fizykalnego i wyników badań laboratoryjnych. Niezbędne będzie jedynie pobranie około 7,6 ml krwi żyłnej oraz próbki śliny.**

Zapoznałam/em się z powyższą informacją dla pacjentów

Data:

Podpis:

## OŚWIADCZENIE BADANEGO DZIECKA

Imię i nazwisko.....

Adres.....

.....

.....

Temat badań: **Standaryzacja oraz korelacja nowych metod diagnostyki serologicznej z metodami referencyjnymi w celiakii.**

Niniejszym oświadczam, że zostałam/am szczegółowo poinformowany/a o sposobie przeprowadzania badań. Rozumiem, na czym polegają badania i do czego potrzebna jest moja zgoda.

Zostałam poinformowany/a, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniach w trakcie trwania realizacji projektu badawczego.

Wyrażam świadomą zgodę na uczestnictwo dziecka w badaniach i przetwarzanie danych osobowych.

Krzysztof Mytych

podpis opiekuna dziecka

Wrocław.....

.....