

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE MOLEKULARNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun prawny pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta:
PESEL pacjenta, ewentualnie data urodzenia:
Telefon kontaktowy:

Pobrany ode mnie lub dziecka materiał: krew / tkanka / płyn owodniowy / trofoblast / inne (.....) zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej w kierunku nazwa choroby opartej na analizie DNA.

Zostałem poinformowany, że:

- Pobrany materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki:
 - prenatalnej
 - postnatalnej
 - weryfikacja rozpoznania klinicznego
 - określenia statusu nosicielstwa
 - określenia predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną
 - przeprowadzenia diagnostyki przedobjawowej
 - post mortem
 - zabezpieczenia materiału genetycznego
- Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, istnieje jednak ryzyko degradacji DNA (proces naturalny) dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
- W niektórych sytuacjach stosowane markery mogą nie być informacyjne. W takim przypadku informacyjny wynik analizy DNA nie zostanie wydany.
- W przypadku gdy wydany wynik będzie nieinformacyjny, po wdrożeniu nowych metod diagnostycznych przechowywana próbka DNA zostanie ponownie zanalizowana.
- W przypadku gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymana diagnoza może być nieprawidłowa.
- W celu wykonania prawidłowej diagnostyki prenatalnej próbki krwi pobrane zostaną od obciążonych chorobą członków rodziny, rodziców płodu i ewentualnie od innych członków rodziny.
- Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej a datą wydania wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza *Deklaracja Świadomej Zgody*.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu rejestracji wyników wykonanych badań molekularnych przez NZOZ GENOMED, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz. 926 z późn. zm).

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie wglądu oraz poprawiania swoich danych osobowych.

.....
Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna prawnego

Wypełnia lekarz kierujący na badania genetyczne:

Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta o szczegółach dotyczących rodzaju badania i możliwych wynikach molekularnych badań genetycznych.

.....
data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego