

**ZLECENIE WYKONANIA MOLEKULARNEGO BADANIA GENETYCZNEGO
Z DEKLARACJĄ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA****Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun prawny pacjenta****Nazwisko i imię pacjenta:****PESEL pacjenta:****Telefon kontaktowy:****Adres kontaktowy:**

Pobrano ode mnie lub dziecka materiał (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

 krew tkanka płyn owodniowy trofoblast inne (.....)

zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej opartej na analizie DNA w kierunku:

.....
nazwa choroby oraz kod procedury**Jestem świadomy/a, że:**

1. Pobrano materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki:

 prenatalnej (przedurodzeniowa) postnatalnej (pourodzeniowa) weryfikacja rozpoznania klinicznego określenia statusu nosicielstwa określenia predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną.

2. Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, istnieje jednak ryzyko degradacji DNA (proces naturalny) dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.

3. W przypadku gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik molekularnego badania genetycznego może być nieprawidłowy.

4. 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*.

5. Jeśli w okresie 2 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych wykonano u mnie/dziecka transfuzję, poinformuję o tym pracownika NZOZ Genomed.

Niepoinformowanie pracownika NZOZ Genomed o wykonanej transfuzji w ciągu ostatnich 2 miesięcy przed wykonywaniem badań genetycznych może skutkować uzyskaniem nieprawidłowego wyniku badania i może mieć wpływ na interpretację uzyskanego wyniku badania genetycznego.

Wskazania do wykonania badania (np. objawy kliniczne):**Czy badanie genetycznie było wykonywane wcześniej? Jeśli tak, to w kierunku jakiej choroby?****Czy w rodzinie występowały choroby genetyczne? Jeśli tak, to jakie i u kogo?**Zostałem/łam poinformowany/a o konieczności przetwarzania moich danych osobowych w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do wyżej wymienionych celów 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)......
Miejscowość i data.....
Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna prawnego