

Deklaracja Świadomej zgody na badanie genetyczne

Cel badania (wskazania):	
--------------------------	--

Informacje o pacjencie:

Imię		Numer historii choroby:	□□ □□□□ / □□
Nazwisko		Płeć:	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Data urodzenia	□□ / □□ / □□□□ dzień miesiąc rok	PESEL: <small>(w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)</small>	

Adres kontaktowy, nr telefonu: <small>(w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej imię, nazwisko i adres kontaktowy opiekuna prawnego)</small>	
--	--

Informacje o materiale biologicznym:

Rodzaj materiału	<input type="checkbox"/> krew	<input type="checkbox"/> fibroblasty	<input type="checkbox"/> trofoblast	<input type="checkbox"/> płyn owodniowy	<input type="checkbox"/> inne
------------------	-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---	-------------------------------------

Deklaracja Świadomej Zgody

W celu izolacji DNA/RNA i wykonania molekularnych /cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z podejrzeniem/rozpoznaniem klinicznym choroby:

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a przez lekarza zlecającego o istocie podejrzewanej choroby i o znaczeniu wykonywanych badań molekularnych / cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania, a także tajemnicy wyników tego badania,

lub

oświadczam, że korzystając z mojego prawa - wynikającego z art. 9 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - świadomie zrezygnowałem/am z zasięgnięcia przed wyrażeniem zgody na powyższe badanie z uzyskania od lekarza informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 wspomnianej powyżej ustawy, w zakresie znaczenia diagnostycznego planowanego badania genetycznego oraz istoty choroby, której wykryciu badanie to może służyć.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przechowywanie izolowanego DNA po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykorzystywanie mojego DNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych z zachowaniem anonimowości.

Ponadto zostałem /-am poinformowany/-a, że:

- wynik badania może wskazywać na zasadność (dla zwiększenia wartości diagnostycznej) pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny,
- wynik badania może pomóc w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego w mojej rodzinie,
- wynik badania może stać się podstawą do określenia ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej w rodzinie, w tym także wśród dalszych krewnych (jeśli będzie to możliwe)
- w niektórych przypadkach uzyskany wynik będzie nieinformatywny, badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji, wtedy zaistnieje potrzeba powtórzenia pobrania materiału do badań,
- wynik badania może wykazać obecność innej zmiany w obrębie badanego genu niż ta, która jest istotna pod kątem wskazanego powyżej podejrzenia lub rozpoznania,
- jeżeli w okresie między pobraniem materiału do badania, a datą wydania wyniku niepełnoletni pacjent ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody,
- możliwości wycofania w każdym czasie zgód na przechowywanie izolowanego DNA oraz jego wykorzystanie do badań naukowych.

Przyjmuję do wiadomości, że z chwilą pobrania ode mnie materiału do badań, po podpisaniu niniejszej zgody, usługa zaczyna być dla mnie świadczona (generując związane z tym koszty) w związku z czym ewentualna rezygnacja z wykonania badania spowoduje jego wstrzymanie, jednakże nie będzie uprawniać do zwrotu wynagrodzenia za badanie tak w całości jak i w części.

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie o ryzyku ujawnienia się określonej patologii w razie stwierdzenia obecności tzw. zmian nieoczekiwanych. Przyjmuję do wiadomości, że informowanie mnie o ryzyku tzw. zmian nieoczekiwanych nie jest obowiązkiem zleceniobiorcy.

.....
Imię i nazwisko pacjenta/opiekuna prawnego*
wyrażającego zgodę na pobranie

.....
Podpis pacjenta/opiekuna*

.....
Data

.....
Podpis lekarza

.....
Data

*niepotrzebne skreślić