

Zakład Diagnostyki Medycznej

60-595 Poznań, Dobra 38a
 biuro@zmdobra.pl www.zmdobra.pl
 tel.(61) 66 30 781
 fax (61) 66 30 780

Formularz Deklaracji Świadomej Zgody na wykonanie badań genetycznych

Cel badania (wskazania):

Informacje o pacjencie:

Imię: Nazwisko: Płeć: M K

Data urodzenia: ____ / ____ / ____ (dzień/miesiąc/rok)

PESEL: _____

Adres kontaktowy, telefon:

Rodzaj materiału:

krew na EDTA krew na heparynę szpik na EDTA szpik na heparynę inny

Deklaracja Świadomej Zgody:

Wyrażam zgodę na wykorzystanie pobranego ode mnie/ od mojego dziecka * materiału biologicznego w celu przeprowadzenia badań molekularnych/ cytogenetycznych, pozwalających na identyfikację zmian w DNA w związku z koniecznością określenia predyspozycji genetycznych/ podejrzeniem/ rozpoznaniem choroby:

TAK NIE**

Chcę aby lekarz prowadzący był powiadamiany o wszystkich istotnych informacjach medycznych dotyczących przeprowadzanych badań.

TAK NIE**

Wyrażam zgodę na przechowywanie i użycie do anonimowych badań naukowych pobranego materiału i wyizolowanego z niego DNA/RNA oraz publikację wyników badań (bez zdjęć i szczegółów umożliwiających identyfikację) w czasopiśmie medycznych.

TAK NIE**

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o:

- istocie podejrzonej/ rozpoznanej choroby oraz znaczeniu wykonywanych badań molekularnych / cytogenetycznych,
- możliwych wynikach tych badań oraz o zachowaniu ich poufności,
- możliwości rezygnacji z wykonania badań w dowolnym momencie bez żadnych konsekwencji,
- możliwości zniszczenia próbek biologicznych po wykonaniu badań na które wraziłem/-am zgodę,
- możliwości zaistnienia potrzeby powtórznego pobrania materiału do badań (w przypadkach gdy uzyskany wynik będzie nieinformatywny lub niejednoznaczny, badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji),
- możliwości wykazania podczas badania konieczności pobrania materiału biologicznego od członków rodziny, jak i możliwości wykazania obecności zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) mających wartość diagnostyczną,
- możliwości przydatności wyniku w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego w mojej rodzinie oraz wśród moich krewnych, jak i w określeniu ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej w rodzinie i wśród krewnych,
- konieczności podpisania dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody, przed wydaniem wyniku, w przypadku jeżeli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej/ cytogenetycznej a datą wydania wyniku niepełnoletni badany ukończy 18 rok życia.

.....
 data

.....
 czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta lub prawnego opiekuna wyrażającego
 zgodę na wykonanie badań

* niepotrzebne skreślić

** zaznaczyć odpowiednie pole