


Formularz nr: <b>FZD-02.01.06</b>	Wersja : 3	Data obowiązywania 01.02.2015	<b>DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO</b>	
Strona 1 z 1				

DANE OSOBY KIEROWANEJ NA BADANIA	DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO (wypełnić, jeśli osoba kierowana na badania jest niepełnoletnia)
Imię i Nazwisko .....	Imię i Nazwisko .....
Data urodzenia .....	Data urodzenia .....
PESEL .....	PESEL .....
Adres .....	Adres .....
W przypadku osoby nie posiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość .....	W przypadku osoby nie posiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

### OŚWIADCZENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka\* materiału w postaci:

<input type="checkbox"/> krew obwodowa	<input type="checkbox"/> wycinek skóry
<input type="checkbox"/> płyn owodniowy	<input type="checkbox"/> szpik kostny
<input type="checkbox"/> trofoblast	<input type="checkbox"/> wyizolowany DNA
<input type="checkbox"/> krew pępowinowa	<input type="checkbox"/> inny.....

w celu wykonania badań cytogenetycznych/izolacji DNA i wykonania badań molekularnych, mających na celu identyfikację zmian w chromosomach/DNA w związku z podejrzeniem/rozpoznanie klinicznym choroby:

Zostałam/-em poinformowana/-ny o istocie podejrzanej/rozpoznanej choroby oraz o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym planowanych badań genetycznych dla potwierdzenia bądź ustalenia rozpoznania choroby oraz o możliwych wynikach tych badań.

Zostałam/-em poinformowana/-ny także o tym, że:

- Pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania wszystkich badań w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji pobranej próbki, dlatego może zajść potrzeba jego ponownego pobrania.
- W niektórych sytuacjach wynik badania może być nieinformatywny lub niejednoznaczny. W takich sytuacjach może zajść konieczność badań uzupełniających.
- W sytuacji, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymane wyniki badań mogą być niewłaściwie zinterpretowane.
- W celu wykonania kompleksowej diagnostyki może zaistnieć konieczność pobrania próbki krwi od obciążonych chorobą członków rodziny, rodziców płodu i ewentualnie od innych członków rodziny.
- Wyrażam zgodę na przechowywanie i anonimowe wykorzystanie pobranego ode mnie/od mojego dziecka materiału do badań naukowych mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża chorób genetycznych.  
**W przypadku braku zgody na przechowywanie i anonimowe wykorzystanie materiału do badań naukowych proszę zaznaczyć  ( w takim przypadku materiał zostanie zniszczony po zakończeniu badań diagnostycznych)**
- Wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji, jeżeli wynik badań naukowych prowadzonych w przyszłości na ww. materiale mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania u osoby badanej choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej wystąpienia.  
**W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć**
- Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do dnia wystawienia 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 wyłącznie do wyżej wymienionych celów, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz.926 z póź. zm).

Data.....

.....  
Czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego  
wyrażającego zgodę na badanie

Pacjent został poinformowany o szczegółach dotyczących planowanych badań genetycznych oraz możliwych wynikach tych badań, które będą wymagały właściwej interpretacji w Poradni Genetycznej lub innej poradni specjalistycznej.

Data.....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

\*niepotrzebne skreślić

Legenda: Właściwą odpowiedź zaznacz X.