

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych w celu diagnostyki prenatalnej lub postnatalnej

Dane Pacjenta:

Imię i Nazwisko:

 Data urodzenia:, PESEL

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL

Numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych)

Dane rodzica lub opiekuna prawnego:

Imię i Nazwisko:

 Data urodzenia:, PESEL

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL

OŚWIADCZENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego: **ode mnie** , **od dziecka** , **od mojego podopiecznego** materiału w postaci: **płynu owodniowego** , **trofoblastu** , **krwi** , **innego**..... , do badań genetycznych, w kierunku:

.....
(nazwa choroby, wskazanie do badania)

Jestem świadomy/a, że pobrany materiał zostanie użyty w celu wykonania diagnostyki::

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

Zostałem/łam także poinformowany/na o tym, że:

1. pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże może zaistnieć konieczność powtórnego pobrania materiału.
2. istnieje możliwość nieuzyskania wyników z przyczyn technicznych.
3. w niektórych sytuacjach wynik badań może być niejednoznaczny lub niewłaściwie zinterpretowany gdy:
 - pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane,
 - wykonano transfuzję krwi w ciągu 2 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych,
 - był wykonany przeszczep szpiku kostnego.
4. 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”.
5. istnieje możliwość zabezpieczenia niewykorzystanego materiału uzyskanego w toku badania w celu dalszej diagnostyki, która może okazać się możliwa dzięki postępowi wiedzy medycznej. Wobec powyższego wyrażam zgodę na wykorzystanie uzyskanych wyników do dalszych badań oraz przechowywanie materiału w toku badania i wykorzystanie go do:
 - badań diagnostycznych tak , nie ,
 - badań naukowych tak , nie ,
 - z zachowaniem warunków anonimowości tak , nie .
6. wiem, że badanie jest dobrowolne i że mogę zrezygnować z niego w każdej chwili bez podania powodu. Zrezygnowanie z uczestnictwa w badaniu nie będzie miało wpływu na przebieg dalszej opieki lekarskiej.

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, 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).

Data
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta wykonanie badań genetycznych

Pacjent/ prawny opiekun pacjenta został poinformowany o istocie podejrzewanej/ rozpoznanej choroby oraz o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym proponowanych badań genetycznych dla potwierdzenia bądź ustalenia rozpoznania choroby oraz o możliwych wynikach tych badań.

Data
 (zakreślić właściwe) Podpis i pieczęć lekarza kierującego