LABORATORIUM GENETYCZNE NZOZ GENOM
Fundacja Godula-Hope
ul. Główna 11 Pawilon A1, 41 - 711 Ruda Śląska, tel. (032) 2444-663
e-mail: labor@genom.pl fax. (032) 2444-664

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych z kosmówki poronionego płodu metodą PCR lub metodą FISH

Dane rodzica lub opiekuna prawnego:

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) …….

OŚWIADCZENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego materiału z kosmówki **poronionego płodu/ martwo urodzonego dziecka** do badań genetycznych, w celu:

oznaczenia metodą FISH trisomii 21, 18, 13, X, Y lub oznaczenia płci metodą PCR

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

- ❑ oznaczenia płci metodą PCR
- ❑ trisomii 21, 18, 13, X, Y metodą FISH

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

1. pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach,
2. istnieje możliwość nieuzyskana wyników z przyczyn technicznych,
3. 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) rodzica lub opiekuna prawnego wykonanie badań genetycznych

Rodzic/ 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 pieczątka lekarza kierującego*