

## Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych

### Dane Pacjenta

Imię i nazwisko											Płeć:	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M							
Data urodzenia	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R	PESEL									
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość - w przypadku Pacjenta nieposiadającego numeru PESEL:																				

### Dane Opiekuna prawnego (w przypadku, gdy osoba jest małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody):

Imię i nazwisko											Płeć:	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M							
Data urodzenia	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R	PESEL									
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość - w przypadku Opiekuna nieposiadającego numeru PESEL:																				

### Oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykonanie badań genetycznych

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego  ode mnie  od dziecka  od mojego podopiecznego  
Materiału w postaci  krwi pełnej  innego (wskaz) .....

Jestem świadoma/y, że pobrany materiał zostanie użyty w celu zleconej diagnostyki.

Zostałam/em także poinformowana/y 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. Oświadczam, że w pełni zrozumiałam/em przekazane mi informacje dotyczące przeprowadzenia diagnostyki genetycznej oraz zakresu i istoty ewentualnych powikłań. Zostałam poinformowana/ny, że w dowolnym momencie mogę wycofać zgodę na przeprowadzenie badania.
5. Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody  na wykorzystanie wyniku badania bez danych osobowych Pacjenta do publikacji naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy medycznej w zakresie, którego dotyczy badanie.
6. Zrozumiałam/em, że badanie jest dobrowolne i że mogę zrezygnować z niego w każdej chwili bez podania powodu. Zostałam/em poinformowana/y, że rezygnacja z badania a w konsekwencji jego niewykonanie może mieć wpływ na przebieg dalszej opieki lekarskiej.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie do wyżej wymienionych celów wszystkich danych, w tym genetycznych, również mojej rodziny, ze względu na ich szczególny charakter np.: pochodzenie etniczne. Oświadczam, że w pełni zrozumiałam/em w jakim celu będą one pobierane, przetwarzane i archiwizowane (zgodnie z Polityką Prywatności dostępną na stronie [www.godulahope.pl](http://www.godulahope.pl)). Przekazane dane będą chronione zgodnie z obowiązującymi ustawami w tym zakresie.

( zakreślić właściwe)

Data .....

.....  
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta/opiekuna prawnego (rodzica)

Data .....

.....  
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta/ pomiędzy 16 – 18 r. z  
wymagane łącznie z podpisem opiekuna prawnego(rodzica)