

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GENETYCZNYCH BADAŃ MOLEKULARNYCH

Dane pacjenta:

Imię	Nazwisko
Data urodzenia	Telefon kontaktowy
Adres	

Dane rodzica lub opiekuna prawnego (wypełnić jeśli pacjent jest niepełnoletni)

Imię	Nazwisko
Data urodzenia	Telefon kontaktowy
Adres	

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału w postaci krwi/wymazu/inne.....* w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z koniecznością określenia predyspozycji genetycznych / podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby*:

* - niepotrzebne skreślić

Zostałem poinformowany, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty do izolacji mojego DNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej.
2. Wyizolowany DNA będzie przechowywany do czasu wykonania analiz w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zająć potrzeba ponownego pobrania materiału.
3. W niektórych sytuacjach wynik badania może być nieinformatywny lub niejednoznaczny. W takich sytuacjach wynik analizy DNA nie zostanie wydany. Próbką zostanie poddana ponownemu badaniu po wprowadzeniu nowych metod diagnostycznych, umożliwiających uzyskanie informatywnego wyniku.
4. W przypadku gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.
5. Wyizolowane DNA będzie przechowywane i anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.
W przypadku braku zgody na przechowywanie DNA i jego anonimowe użycie do badań naukowych, proszę zaznaczyć (w takim wypadku DNA zostanie zniszczone po zakończeniu analiz)
6. Jeśli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju, wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji.
W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć
7. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań a datą wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.

Zostałem poinformowany o rodzaju badania genetycznego i jego możliwych wynikach

.....
Data

.....
Podpis pacjenta / rodzica / prawnego opiekuna

Pacjent został poinformowany o celu i szczegółach dotyczących rodzaju badania oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji.

.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego