Formularz Świadomej Zgody
na wykonywanie badań genetycznych

Dane osoby kierowanej na badania genetyczne:	***Dane rodzica lub opiekuna prawnego:*** *(wypełnić jeśli osoba kierowana na badania jest niepełnoletnia)*
Imię i nazwisko (drukowanymi literami): ……	*Imię i nazwisko (drukowanymi literami):* ……
Data urodzenia: ……	*Data urodzenia / stopień pokrewieństwa* ……
PESEL:	*PESEL*
W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: ……	*W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:* ……

OŚWIADCZENIE

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

- ☐ *krew obwodowa*
- ☐ *krew pępowinowa*
- ☐ *wyizolowany DNA*
- ☐ *płyn owodniowy*
- ☐ *wycinek skóry*
- ☐ *mocz*
- ☐ *trofoblast*
- ☐ *szpik kostny*
- ☐ *inne* ……

w celu wykonania badań diagnostycznych w kierunku: ……

Zostałem poinformowany o istocie podejrzewanej/ rozpoznanej choroby oraz o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym planowanych badań dla potwierdzenia bądź ustalenia rozpoznania choroby oraz o możliwych wynikach tych badań.

Zostałem także poinformowany o tym, że:

1. 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.
2. W niektórych sytuacjach wynik badań może być nieinformatywny lub niejednoznaczny. W takich sytuacjach może zajść konieczność badań uzupełniających.

3*. W sytuacji, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymane wyniki badań mogą być niewłaściwie zinterpretowane.

4*. Wyizolowany materiał w niektórych przypadkach będzie przechowywany i anonimowo wykorzystany do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża chorób genetycznych.

W przypadku braku zgody na przechowywanie materiału i jego anonimowe użycie do badań naukowych, proszę zaznaczyć: ☐

(w takim wypadku DNA zostanie zniszczone po zakończeniu badań diagnostycznych)

5*. Jeśli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości na ww. materiale mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania u osoby badanej choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej wystąpienia, wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji.

W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć ☐

6. 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".

* nie dotyczy choroby Wilsona

…… …
Data

……
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta lub prawnego opiekuna wyrażającego zgodę na wykonanie badań genetycznych

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.

……
Podpis i pieczątka lekarza kierującego