

Formularz Świadomej Zgody na wykonywanie badań genetycznych

Dane osoby kierowanej na badania genetyczne:					Dane rodzica lub opiekuna prawnego: <i>(wypełnić jeśli osoba kierowana na badania jest niepełnoletnia)</i>																																												
Imię i nazwisko (drukowanymi literami):					Imię i nazwisko (drukowanymi literami):																																												
Data urodzenia:					Data urodzenia:			Stopień pokrewieństwa:																																									
PESEL: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									PESEL <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																								
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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> krew obwodowa | <input type="checkbox"/> krew pępowinowa | <input type="checkbox"/> wyizolowany DNA |
| <input type="checkbox"/> płyn owodniowy | <input type="checkbox"/> wycinek skóry | <input type="checkbox"/> mocza |
| <input type="checkbox"/> trofoblast | <input type="checkbox"/> szpik kostny | <input type="checkbox"/> 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 wyżej wymienionym 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 Świadomej Zgody na wykonywanie badań genetycznych”.

* nie dotyczy choroby Wilsona

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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, do celów związanych z wykonaniem diagnostyki genetycznej zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....

Data

.....

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

.....

Podpis i pieczęć lekarza kierującego