

PRACOWNIA CYTOGENETYKI

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE POSTNATALNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

Dane Pacjenta

Nazwisko i imię Pacjenta:	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Adres:	
Telefon kontaktowy:	

Dane rodzica bądź opiekuna prawnego (w przypadku pacjenta małoletniego lub całkowicie ubezwłasnowolnionego)

Nazwisko i imię Rodzica/Opiekuna:	
Adres:	
Telefon kontaktowy Rodzica/Opiekuna:	

Wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka materiału w postaci (niepotrzebne skreślić):

<input type="checkbox"/> krew obwodowa	<input type="checkbox"/> wycinek tkanki	<input type="checkbox"/> wyizolowany DNA	<input type="checkbox"/> trofoblast
<input type="checkbox"/> inny materiał (proszę wpisać)			

w celu wykonania diagnostyki molekularnej/cytogenetycznej w kierunku:

.....
nazwa choroby lub kod badania

Zostałem poinformowany, że:

- Pobraný materiał biologiczny zostanie użyty do izolacji materiału genetycznego i hodowli komórkowej w celu wykonania testów genetycznych.
- DNA jest przechowywane w Pracowni Cytogenetyki SPSK nr 2, dzięki czemu możliwe jest wykonanie w dowolnym czasie dodatkowych badań dla Pacjenta.
- Wyizolowane DNA będzie przechowywane w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko jego degradacji, co może uniemożliwić wykonanie badań. W takim przypadku może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału genetycznego.
- W przypadku wykonywania badań do których wykorzystywany jest materiał z poronienia/ciąży obumarłej* Pracownia Cytogenetyki SPSK nr 2 nie przechowuje materiału poronnego (tkanki), a jedynie materiał genetyczny w postaci wyizolowanego DNA (o ile całość materiału nie zostanie wykorzystana w procesie diagnostycznym).
- W niektórych sytuacjach wynik badań może być niejednoznaczny. W takim przypadku może zajść konieczność wykonania badań uzupełniających.
- W przypadku badań wymagających hodowli komórkowej istnieje ryzyko jej niepowodzenia z przyczyn niezależnych od Pracowni Cytogenetyki SPSK nr 2, co wiąże się z koniecznością ponownego pobrania materiału genetycznego.
- Wyniki moich badań mogą być anonimowo wykorzystane w celu publikacji naukowych.
- W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik może być niewłaściwie zinterpretowany.
- Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki genetycznej a datą wydania wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 16. rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego deklaracji świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych.
- Jeśli w okresie 3 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych wykonano u mnie/dziecka transfuzję, poinformuję o tym pracownika Pracowni Cytogenetyki SPSK nr 2. Niepoinformowanie pracownika Pracowni Cytogenetyki SPSK nr 2 o wykonanej transfuzji w ciągu ostatnich 3 miesięcy przed wykonywaniem badań genetycznych może skutkować uzyskaniem nieprawidłowego wyniku badania i może mieć wpływ na interpretację uzyskanego wyniku badania genetycznego.
- Jeśli w okresie 1 miesiąca przed pobraniem materiału do badań cytogenetycznych przyjmowałem/am ja/dziecko antybiotyki poinformuję o tym pracownika Pracowni Cytogenetyki SPSK nr 2 bądź lekarza kierującego. Niepoinformowanie o przyjmowaniu w ciągu ostatniego miesiąca antybiotyków przed wykonywaniem badań cytogenetycznych może skutkować niepowodzeniem hodowli komórkowej i koniecznością ponownego pobrania materiału.
- Wynik badania genetycznego zostanie przesłany jednostce kierującej na badanie. W przypadku badań komercyjnych wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących wyników badań za pomocą (proszę wybrać jedną z opcji):

 PRZESYŁKA LISTOWA POLECONA

 ODBIÓR OSOBISTY



PRACOWNIA CYTOGENETYKI

13. Zarówno wykonanie testu genetycznego jak i odbiór wyników badań genetycznych powinny być połączone z konsultacją genetyczną.
14. Uzyskałem od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.z 2017r. poz. 836, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza
kierującego

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta
lub prawnego opiekuna

Wyrażam zgodę na bankowanie DNA

.....
Czytelny podpis *imię i nazwisko (pacjenta lub prawnego opiekuna)

Nie wyrażam zgody na bankowanie DNA (w takim wypadku DNA zostanie zniszczone po zakończeniu badań diagnostycznych)

.....
Czytelny podpis *imię i nazwisko (pacjenta lub prawnego opiekuna)

Wyrażam zgodę na anonimowe użycie próbki w celu publikacji naukowych

.....
Czytelny podpis *imię i nazwisko (pacjenta lub prawnego opiekuna)

Nie wyrażam zgody na anonimowe użycie próbki w celu publikacji naukowych

.....
Czytelny podpis *imię i nazwisko (pacjenta lub prawnego opiekuna)