

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE MOLEKULARNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

Dane pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta:.....
PESEL / data urodzenia:.....
Adres:.....
Telefon kontaktowy:.....

Dane rodzica lub opiekuna prawnego

[Proszę wypełnić jeśli osoba badana jest niepełnoletnia]

Nazwisko i imię:.....
PESEL /data urodzenia:.....
Adres:.....
Telefon kontaktowy:.....

Wyrażam zgodę, aby pobrany ode mnie od mojego dziecka
materiał biologiczny: krew / (inne)
został wykorzystany do badań molekularnych w kierunku określenia podłoża genetycznego hemoglobinopatii.

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

Zostałem poinformowany, że:

1. Pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz do wykonania badań molekularnych w kierunku jw.
2. W celu wykonania kompleksowej diagnostyki może zaistnieć konieczność pobrania próbki krwi od innych członków rodziny
3. W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.
4. Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, niemniej istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
5. W niektórych sytuacjach wynik badań może być nieinformatywny lub niejednoznaczny, wtedy nie zostanie wydany, a próbka zostanie poddana ponownemu badaniu po wprowadzeniu nowych metod diagnostycznych, umożliwiających uzyskanie informatywnego wyniku.

W przypadku braku zgody na przechowywanie DNA proszę zaznaczyć

6. 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 anonimowe użycie DNA do badań naukowych, proszę zaznaczyć

7. Wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji, jeśli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju.

W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć

.....
Miejsce, data

.....
Podpis pacjenta lub prawnego opiekuna wyrażającego zgodę na pobranie

Pacjent/ prawny opiekun pacjenta został poinformowany o szczegółach dotyczących planowanych badań genetycznych oraz możliwych wynikach tych badań oraz ich interpretacji.

Pieczęć i podpis lekarza kierującego