

## DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIA GENETYCZNE

### DANE PACJENTA

<b>NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:</b>		
<b>DATA URODZENIA:</b>	<b>PESEL</b> (w przypadku osoby nieposiadającej PESELU – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	<b>Numer historii choroby:</b>
<b>ADRES:</b>		<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
<b>TELEFON KONTAKTOWY:</b>	<b>CEL BADANIA (wskazania):</b>	

### DANE RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO (wypełnić, w przypadku osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych):

<b>NAZWISKO I IMIĘ:</b>	
<b>DATA URODZENIA:</b>	<b>PESEL:</b>
<b>ADRES:</b>	
<b>TELEFON KONTAKTOWY:</b>	

Wyrażam zgodę, aby pobrany  **ode mnie**     **od mojego dziecka** materiał biologiczny:     **krew**     **inny** ..... został wykorzystany w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych.

#### Deklaracja Świadomej Zgody

W celu izolacji DNA/RNA i wykonania molekularnych/cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA związku z podejrzeniem/rozpoznanie klinicznym choroby: .....

Oświadczam, że **zostałem poinformowany** przez lekarza zlecającego o istocie podejrzewanej choroby i o znaczeniu wykonywanych badań molekularnych/cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania, a także tajemnicy wyników tego badania.

**lub**

Oświadczam, że korzystając z mojego prawa – wynikającego z art. 9 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – **świadomie zrezygnowałem/am** z zasięgnięcia, przed wyrażeniem zgody na powyższe badanie, z uzyskania od lekarza informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 wspomnianej powyżej ustawy, w zakresie znaczenia diagnostycznego planowanego badania genetycznego oraz istoty choroby, której wykryciu badanie to może służyć.

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\***, na przechowywanie izolowanego DNA po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych.

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na wykorzystywanie mojego DNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych z zachowaniem warunków anonimowości.

**Ponadto, zostałem/am poinformowany/a, że:**

- wynik badania może wskazywać na zasadność (dla zwiększenia wartości diagnostycznej) pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny,
- wynik badania może pomóc w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego w mojej rodzinie,
- wynik badania może stać się podstawą do określenia ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej w rodzinie, w tym także wśród dalszych krewnych (jeśli będzie to możliwe),
- w niektórych przypadkach uzyskany wynik będzie nie informacyjny, badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji – wtedy zaistnieje potrzeba powtórnego pobrania materiału do badań,
- wynik badania może wykazać obecność innej zmiany w obrębie badanego genu niż ta, które jest istotna pod kątem wskazanego powyżej podejrzenia lub rozpoznania,
- jeżeli w okresie między pobraniem materiału do badania, a datą wydania wyniku niepełnoletni pacjent ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez jego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody,
- istnieje możliwość wycofania w każdym czasie zgód na przechowywanie izolowanego DNA oraz jego wykorzystanie do badań naukowych.

Przyjmuję do wiadomości, że z chwilą pobrania ode mnie materiału do badań, po podpisaniu niniejszej zgody, usługa zaczyna być dla mnie świadczona (generując związane z tym koszty) w związku z czym ewentualna rezygnacja z wykonania badania spowoduje jego wstrzymanie, jednakże nie będzie uprawniać do zwrotu wynagrodzenia za badanie – w całości jak i w części.

Wyrażam zgodę, na poinformowanie mnie o ryzyku ujawnienia się określonej patologii w razie stwierdzenia obecności tzw. zmian nieoczekiwanych. Przyjmuję do wiadomości, że informowanie mnie o ryzyku tzw. Zmian nieoczekiwanych nie jest obowiązkiem zleceniobiorcy.

.....  
Imię i nazwisko pacjenta/opiekuna prawnego\*  
wyrażającego zgodę na pobranie

.....  
podpis pacjenta/opiekuna

.....  
data

.....  
podpis lekarza

.....  
data