

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA
NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH**

.....
Pieczętka jednostki zlecającej badanie

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia ____ - ____ - _____ PESEL _____

Adres zamieszkania:

DANE RODZICA lub OPIEKUNA USTAWOWEGO (wypełnia rodzic, jeśli osoba kierowana na badanie jest niepełnoletnia):

Imię i nazwisko

Data urodzenia ____ - ____ - _____ PESEL _____

Adres zamieszkania: tel.

INFORMACJA DLA PACJENTA

U podstaw chorób genetycznych i większości chorób nowotworowych leżą zmiany materiału genetycznego, które mogą być wyznacznikiem diagnozy i/lub rokowania oraz podstawą wdrożenia skutecznego leczenia. Wykonywane badania mają na celu ocenę korelacji zmian genetycznych z przebiegiem klinicznym choroby.

Materiał do badania pobierany będzie jedynie podczas rutynowych badań diagnostycznych. Częstotliwość badań w przebiegu choroby będzie dyktowana częstotliwością pobrań diagnostycznych do oceny przebiegu choroby na zlecenie lekarza prowadzącego. Wyniki badań będą przekazywane lekarzowi zlecającemu badanie.

Wyrażam zgodę na pobranie*: ode mnie mojego podopiecznego
materiału biologicznego w postaci*: szpiku kostnego krwi obwodowej innego materiału

w celu wykonania cytogenetyczno-molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w materiale genetycznym w związku z podejrzeniem/rozpoznanie klinicznym choroby według załączonego zlecenia lekarskiego.

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o istocie podejrzewanej/ rozpoznanej choroby oraz o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego dla potwierdzenia bądź ustalenia rozpoznania choroby lub planowanego leczenia. TAK NIE

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie w przypadku wykrycia zmian nieoczekiwanych. TAK NIE

Wyrażam zgodę na przechowywanie pobranego materiału biologicznego po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych. TAK NIE

Wyrażam zgodę na wykorzystanie (z zachowaniem warunków anonimowości) wyników wykonanych badań genetycznych oraz użycie pobranego materiału do badań naukowych, dotyczących biologicznych mechanizmów procesu nowotworowego i nad ulepszeniem metod diagnostycznych i terapeutycznych. Rozumiem, że wszystkie wyniki przedstawione będą anonimowo, a moje nazwisko nie będzie użyte w żadnej publikacji. TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

Data

Czytelny podpis pacjenta
lub jego przedstawiciela ustawowego

Podpis i pieczętka lekarza kierującego

Klauzula informacyjna dla pacjentów

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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, dalej również „*RODO*”), informujemy, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej i Genetyczno-Molekularnej, ul. Waszyngtona 13, 15-269 Białystok
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – inspektor@jk-m.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
 - w celu świadczenia usług medycznych- na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z odpowiednimi przepisami prawa,
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- 8) podanie danych osobowych jest dowolne ale niezbędne do realizacji celu,
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.