

Laboratorium Genetyczne Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej i Genetyczno-Molekularnej Sp. z o.o. w Białymstoku	15-269 Białystok, ul. Waszyngtona 13 tel. 85 748 59 22, fax. 85 748 59 88
DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GENETYCZNYCH BADAŃ MOLEKULARNYCH	

Dane pacjenta

Nazwisko i imiona pacjenta

Data urodzenia: **PESEL:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INFORMACJA DLA PACJENTA

U podstaw chorób genetycznych i większości chorób nowotworowych leżą zmiany materiału genetycznego, które mogą być wyznacznikiem diagnozy i/lub rokowania, a co za tym idzie wdrożenia zgodnego z aktualnym stanem wiedzy i gdy jest to możliwe, bardziej skutecznego leczenia. Wykonywane badania mają na celu ocenę korelacji zaburzeń genetycznych z przebiegiem klinicznym choroby. Wyniki tych badań będą też kluczowe dla doboru odpowiedniego leczenia oraz będą przekazywane lekarzowi zlecającemu badanie.

<p><u>Wyrażam zgodę na pobranie</u></p> <p><input type="checkbox"/> ode mnie <input type="checkbox"/> od mojego dziecka <input type="checkbox"/> ode mojego podopiecznego</p> <p><u>materiału biologicznego w postaci</u></p> <p><input type="checkbox"/> krwi obwodowej <input type="checkbox"/> materiału tkankowego <input type="checkbox"/> innego materiału.....</p> <p>w celu izolacji DNA/RNA oraz wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w materiale genetycznym w związku z podejrzeniem/rozpoznanie klinicznym choroby według załączonego skierowania lekarskiego.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że: Zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych dla ustalenia rozpoznania/oceny przebiegu choroby.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Otrzymałem/-am wyczerpujące informacje na temat ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nieinformacyjnego dla osoby badanej i członków rodziny osoby badanej.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Zgadzam się na przechowywanie (bankowanie) próbek materiału biologicznego oraz DNA/RNA osoby badanej po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem <u>tajemnicy danych</u>.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Zgadzam się na wykorzystanie uzyskanych wyników testów diagnostycznych w opracowaniach naukowych z <u>zachowaniem warunków anonimowości</u></p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Zgadzam się na wykorzystanie próbek materiału biologicznego oraz DNA/RNA oraz danych klinicznych osoby badanej w przyszłych badaniach naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych i nowotworowych z <u>zachowaniem warunków anonimowości</u>.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Zgadzam się na informowanie mnie o wynikach przyszłych badań naukowych uzyskanych w trakcie analizy próbek DNA/RNA osoby badanej, jeżeli będą przydatne klinicznie dla osoby badanej lub członków rodziny osoby badanej.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w skierowaniu przez Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej i Genetyczno-Molekularnej zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zmianami). Oświadczam, iż zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie wglądu oraz poprawiania swoich danych osobowych.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

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

- w niektórych przypadkach (degradacja DNA/RNA, wynik nieinformacyjny, badanie nieudane z przyczyn technicznych) konieczne będzie powtórne pobranie materiału,
- wynik badania może wskazywać obecność zmian nie związanych ze wskazaniem do badania a posiadających wartość diagnostyczną (tzw. zmiany nieoczekiwane).

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego)

Wypełnia lekarz kierujący na badania genetyczne:

Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta o szczegółach dotyczących rodzaju badania i możliwych wynikach molekularnych badań genetycznych.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka lekarza przyjmującego deklarację)