



DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE MOLEKULARNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: Płeć: M K

Data urodzenia: __/__/____

PESEL: _____

*Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

(*w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL)

Dane rodzica lub opiekuna prawnego (wypełnić, jeśli Pacjent jest niepełnoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody):

Imię i nazwisko: Data urodzenia: __/__/____ PESEL: _____

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pobranie: ode mnie , od dziecka , od mojego podopiecznego

materiału w postaci: krwi obwodowej , szpiku kostnego , innego

w celu (wskazanie)

Pobrany materiał zostanie użyty do:

wykonania badań molekularnych zabezpieczenia materiału genetycznego

Zostałem poinformowany o istocie podejrzewanej/rozpoznanej choroby oraz rodzaju i znaczeniu diagnostycznym proponowanych badań genetycznych

Zostałem/-am również poinformowany/-a o tym, że:

- pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu izolacji DNA/RNA oraz wykonania badań genetycznych w jednostce chorobowej określonej przez lekarza na skierowaniu,
- pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże może zaistnieć konieczność powtórnego pobrania materiału z powodu niemożności uzyskania wyniku z przyczyn technicznych (np. degradacja materiału).
- jeśli w okresie od pobrania materiału do dnia wydania wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego Deklaracji świadomej zgody pacjenta.

| | | |
|---|------------|------------|
| Wyrażam zgodę na przechowywanie materiału genetycznego DNA/RNA w celu wykonania ewentualnych dodatkowych badań diagnostycznych | TAK | NIE |
| Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału genetycznego DNA/RNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża diagnozowanej choroby | TAK | NIE |

.....
Data

.....
podpis osoby badanej / opiekuna ustawowego