



Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela
Zakład Patomorfologii, Placentologii
i Hematopatologii Klinicznej - Pracownia Cytologii
85-168 Bydgoszcz, ul. Kornela Ujejskiego 75
tel.: 523655509 e-mail: patomorfologia@biziel.pl
Cz. I kodu resortowego: 000000022333, cz. V k.r.: 03, cz. VII k.r.: 157

PR13_F2_PM_w1

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 podejrzewanego/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 powtórzenia 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