

Nazwa jednostki wykonującej badanie
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie
kod ident. podm. leczn. (I) 00000009958
Zespół Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Specjalistyczna Nr 1 35-045 Rzeszów, ul. Hetmańska 21 (V) 12
Pracownia Cytogenetyczna (VII) 105
REGON: 000314193, NIP: 813-150-19-71
Telefon: 17 85 352 81 do 85 wew. 352

Miejscowość, data wyrażenia zgody:

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY na badanie genetyczne

Cel badania (wskazania do badania):.....

Dane pacjenta

Imię i nazwisko Data urodzenia

Adres

PESEL* Telefon kontaktowy

* w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Dane przedstawiciela ustawowego

(w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona)

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Informacja o materiale biologicznym: krew obwodowa

Deklaracja

Wyrażam zgodę, aby pobrany ode mnie lub dziecka materiał biologiczny został wykorzystany do diagnostyki genetycznej i oświadczam, że otrzymałam(-em) wyczerpujące wyjaśnienia dotyczące proponowanego badania i jego celu oraz zachowania w tajemnicy wyników tego badania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla zrealizowania ustawowych zadań i uprawnień.

Ponadto zostałem poinformowany, że:

1. Może zaistnieć konieczność powtórnego pobrania materiału oraz że istnieje możliwość nie uzyskania wyników badań z przyczyn technicznych.
2. Badanie może pomóc w weryfikacji rozpoznania choroby i/lub ustalenia nosicielstwa defektu genetycznego i umożliwi poinformowanie mnie o ryzyku genetycznym i możliwości wdrożenia postępowania terapeutycznego bądź profilaktycznego.
3. Pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu założenia hodowli komórkowych i/lub izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej.
4. W niektórych sytuacjach wynik badania molekularnego może być nieinformacyjny/niejednoznaczny. W takim przypadku informacyjny wynik analizy DNA nie zostanie wydany. Próbkę DNA zostanie poddana ponownemu badaniu po wdrożeniu nowych metod diagnostycznych.
5. W celu wykonania kompleksowej diagnostyki może zaistnieć konieczność pobrania próbki krwi od obciążonych chorobą członków rodziny, rodziców płodu/pacjenta i ewentualnie od innych członków rodziny.
6. Uzyskany materiał genetyczny będzie przechowywany po zakończeniu diagnostyki w odpowiednich warunkach, niemniej istnieje ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału w przyszłości.

Wyrażam zgodę na przechowywanie materiału:

Tak Nie

7. Zabezpieczony materiał biologiczny może być anonimowo wykorzystany do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża chorób genetycznych.

Wyrażam zgodę na anonimowe użycie próbki do badań naukowych:

Tak Nie

8. Wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji, jeśli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju:

Tak Nie

9. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej a datą wydania wyniku niepełnoletni badany ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody. Ja, niżej podpisany(a) zostałem(-am) poinformowany(a) o celu, istocie i szczegółach badania genetycznego oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji. Miałem(-am) możliwość zadawania pytań i zrozumiałem(-am) przedstawione mi informacje.

Data i podpis pacjenta (jeżeli skończył 16 lat)

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

(w przypadku pacjentów niepełnoletnich - do 18 rż. lub całkowicie ubezwłasnowolnionych).....

Pieczęć jednostki zlecającej

Pieczętka imienna i podpis lekarza kierującego