DIAGNOSTYKA S.A. ul. prof. Michała Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków
www.diagnostyka.pl, nr rejestru 000000005831

Diagnostyka+

Deklaracja świadomej zgody
na badanie genetyczne

Cel badania (wskazania):	

Informacje o pacjencie:

Imię		Numer historii choroby:	☐☐☐☐☐/☐☐
Nazwisko		Płeć:	M ☐ K ☐
Data urodzenia	☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ dzień miesiąc rok	PESEL: (w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)	

Adres kontaktowy, nr telefonu: (w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej imię, nazwisko i adres kontaktowy opiekuna prawnego)	

Informacje o materiale biologicznym:

Rodzaj materiału	☐ krew	☐ fibroblasty	☐ trofoblast	☐ płyn owodniowy	☐ inne .....

Deklaracja Świadomej Zgody

W celu izolacji DNA/RNA i wykonania molekularnych /cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z podejrzeniem/rozpoznaniem klinicznym choroby:

.....

☐ Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a przez lekarza zlecającego o istocie podejrzewanej choroby i o znaczeniu wykonywanych badań molekularnych / cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania, a także tajemnicy wyników tego badania,

lub

☐ oświadczam, że korzystając z mojego prawa - wynikającego z art. 9 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - świadomie zrezygnowałem/am z zasięgnięcia przed wyrażeniem zgody na powyższe badanie z uzyskania od lekarza informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 wspomnianej powyżej ustawy, w zakresie znaczenia diagnostycznego planowanego badania genetycznego oraz istoty choroby, której wykryciu badanie to może służyć.

☐ Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przechowywanie izolowanego DNA po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych.

☐ Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykorzystywanie mojego DNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych z zachowaniem anonimowości.

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

- wynik badania może wskazywać na zasadność (dla zwiększenia wartości diagnostycznej) pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny,
- wynik badania może pomóc w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego w mojej rodzinie,
- wynik badania może stać się podstawą do określenia ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej w rodzinie, w tym także wśród dalszych krewnych (jeśli będzie to możliwe)
- w niektórych przypadkach uzyskany wynik będzie nie informacyjny, badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji, wtedy zaistnieje potrzeba powtórnego pobrania materiału do badań,
- wynik badania może wykazać obecność innej zmiany w obrębie badanego genu niż ta, która jest istotna pod kątem wskazanego powyżej podejrzenia lub rozpoznania,
- jeżeli w okresie między pobraniem materiału do badania, a datą wydania wyniku niepełnoletni pacjent ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody,
- możliwości wycofania w każdym czasie zgód na przechowywanie izolowanego DNA oraz jego wykorzystanie do badań naukowych.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że z chwilą pobrania ode mnie materiału do badań, po podpisaniu niniejszej zgody, usługa zaczyna być dla mnie świadczona (generując związane z tym koszty) w związku z czym ewentualna rezygnacja z wykonania badania spowoduje jego wstrzymanie, jednakże nie będzie uprawniać do zwrotu wynagrodzenia za badanie tak w całości jak i w części.

☐ Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie o ryzyku ujawnienia się określonej patologii w razie stwierdzenia obecności tzw. zmian nieoczekiwanych. Przyjmuję do wiadomości, że informowanie mnie o ryzyku tzw. zmian nieoczekiwanych nie jest obowiązkiem zleceniobiorcy.

..... Imię i nazwisko pacjenta/opiekuna prawnego* wyrażającego zgodę na pobranie	..... Podpis pacjenta/opiekuna*	..... Data
..... Podpis lekarza	..... Data	

*niepotrzebne skreślić

Z/LAB/39(PL) wersja I z dnia 06.09.2021