

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY  
 na badanie genetyczne**

Cel badania (wskazania):	
-----------------------------	--

**Informacje o pacjencie**

Imię:		Numer historii choroby:							/		
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K								
Data urodzenia:			/			/					r.
	dzień	miesiąc		rok							
Adres kontaktowy, telefon:											

**Informacja o materiale biologicznym**

Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> krew	<input type="checkbox"/> fibroblasty	<input type="checkbox"/> trofoblast	<input type="checkbox"/> płyn owodniowy	<input type="checkbox"/> 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 o istocie podejrzewanej choroby i o znaczeniu wykonywanych badań molekularnych / cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania a także tajemnicy wyników tego badania.

- 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 warunków anonimowości
- Zgadzam się / nie zgadzam się \* na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju.

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

- uzyskany wynik mojego badania / badania dziecka może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny
- wynik badania może pomóc w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego w mojej rodzinie oraz wśród moich krewnych
- wynik badania może stać się podstawą do określenia ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej w rodzinie i wśród dalszych krewnych (jeśli będzie to możliwe)
- w niektórych przypadkach uzyskany wynik będzie nieinformatywny, badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji, wtedy zaistnieje potrzeba powtórzenia pobrania materiału do badań
- wynik badania może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) mających wartość diagnostyczną
- jeżeli 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
- o możliwości przerwania uczestnictwa w badaniu w dowolnym jego momencie bez żadnych konsekwencji
- o możliwości zniszczenia próbek biologicznych po wykonaniu badań na które wyraził-em/-am zgodę

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na poinformowanie mnie o ryzyku ujawnienia się określonej patologii w przyszłości w związku ze stwierdzeniem obecności tzw. zmian nieoczekiwanych

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

\* **niepotrzebne skreślić,**    \*\* **wymagane do wykonania badań genetycznych**