

LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ

ul. Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań
 tel. 61 854 95 80, rej. 61 854 95 99, fax. 61 854 95 64
 Kierownik: dr hab. Maria Kozłowska-Skrzypczak prof. UM

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY

na wykonanie badania genetycznego

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/ (data
ur.)

Nr telefonu:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):

CEL BADANIA*: Diagnostyka zmian genetycznych wrodzonych somatycznych w chorobach hematologicznych
 *wypełnia laboratorium lub lekarz kierujący

1. wyrażam zgodę, na wykonanie w celach medycznych badań cytogenetycznych /genetycznych/ molekularnych według załączonego skierowania lekarskiego.

Tak** **Nie****

2. Wyrażam zgodę na przechowywanie pobranych próbek zgodnie z rozporządzeniem o dokumentacji medycznej w celu monitorowania stanu mojej choroby i umożliwienia wykonania nowych badań diagnostycznych, wdrażanych w miarę rozwoju nauki w przyszłości.

Tak** **Nie****

3. Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie zarchiwizowanych próbek w celu poszerzania wiedzy na temat podłoża genetycznego chorób nowotworowych oraz do celów dydaktycznych.

Tak** **Nie****

* czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego przy każdym z punktów 1-3

Ponadto zostałam/em poinformowana/y:

- o celu badania oraz o jego specyfice (*informacja ta jest dostępna dla pacjentów w formie pisemnej w rejestracji Laboratorium lub powinna być przedstawiona Państwu przez jednostkę zlecającą badanie, jeżeli nie jest nią Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej*),
- o fakcie, że badanie może pomóc w weryfikacji rozpoznania choroby i/lub ustalenia nosicielstwa defektu genetycznego i da możliwość podjęcia przez lekarza odpowiednich decyzji terapeutycznych,
- o tym, że pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu założenia hodowli komórkowych i/lub izolacji DNA, RNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej,
- o możliwości zaistnienia konieczności powtórnego pobrania materiału oraz że istnieje ryzyko nie uzyskania wyników badań z przyczyn technicznych,
- o tym, że mimo iż Laboratorium dokłada wszelkich starań, by Państwa materiał genetyczny był przechowywany po zakończeniu diagnostyki w odpowiednich warunkach, istnieje ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału w przyszłości,
- o prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na wykorzystanie zarchiwizowanych próbek (*oświadczenie takie musi zostać dostarczone do Laboratorium w formie pisemnej*).

Data

Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego