

**W LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ
I/LUB
PRACOWNI DIAGNOSTYKI GENETYCZNEJ I MOLEKULARNEJ NOWOTWORÓW
UNIWEKSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO W POZNANIU**

Imię i nazwisko pacjenta:															
PESEL lub (data ur.)													Nr telefonu:		
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):															
CEL BADANIA* : Diagnostyka zmian genetycznych wrodzonych ☐ somatycznych ☐ w chorobach nowotworowych *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, przetwarzanie, wykorzystywanie i udostępnianie pobranych próbek zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa 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 <u>anonimowe</u> wykorzystanie zarchiwizowanych próbek w celu poszerzania wiedzy na temat podłoża genetycznego chorób nowotworowych oraz do celów dydaktycznych. Tak** Nie**															
4. Wyrażam zgodę, na wykonanie dodatkowych badań cytogenetycznych /genetycznych/ molekularnych z zabezpieczonego materiału w celach pogłębienia diagnostyki według obowiązujących rekomendacji postępowania w przypadku chorób nowotworowych. Tak** Nie**															
5. Wyrażam zgodę na informowanie mnie o zmianach tzw. nieoczekiwanych, niezwiązanych ze wskazaniem do badania. Tak** Nie**															
Ponadto zostałam/em poinformowana/y: 1. 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 Genetycznej i Molekularnej Nowotworów), 2. o fakcie, że badanie może pomóc w weryfikacji rozpoznania choroby i/lub ustalenia nosicielstwa defektu genetycznego i da możliwość podjęcia przez lekarza odpowiedniej decyzji terapeutycznych, 3. o konieczności wykonania kolejnych badań cytogenetycznych/genetycznych/molekularnych z zabezpieczonego materiału zgodnie z obowiązującymi wytycznymi dotyczącymi diagnostyki chorób nowotworowych, 4. o tym, iż wynik badania genetycznego może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) natomiast mających wartość diagnostyczną, 5. o tym, że pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu założenia hodowli komórkowych i/lub izolacji DNA, RNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej, 6. o możliwości zaistnienia konieczności powtórnego pobrania materiału oraz że istnieje ryzyko niezyskania wyników badań z przyczyn technicznych, 7. 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, 8. 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						