

Data (dd/mm/rr):/...../..... godz. przyjęcia materiału

Kod próbki:

Materiał przyjął:

.....

ZLECENIE WYKONANIA BADANIA GENETYCZNEGO Z DEKLARACJĄ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA

Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic/przedstawiciel ustawowy pacjenta

NZOZ Genomed-4, zał.4 (GENOMED-9)

v.3.0

Imię i nazwisko pacjenta:		Data urodzenia: □□\□□\□□□□	Płeć: <input type="checkbox"/> MĘSKA <input type="checkbox"/> ŻEŃSKA
PESEL pacjenta: □□□□□□□□□□	Telefon kontaktowy:	e-mail kontaktowy:	
Adres zamieszkania pacjenta/przedstawiciela ustawowego, (miejsce przesłania wyniku badania): Przedstawiciel ustawowy:		Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał: Data i godzina pobrania:	

Pobrano ode mnie lub dziecka materiał (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

 krew ślina tkanka płyn owodniowy trofoblast inne (.....)

zostanie wykorzystany do diagnostyki genetycznej w kierunku:

.....
nazwa choroby oraz kod procedury

Uzyskałem/łam od lekarza zlecającego badanie informację o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego (zgodnie z art.9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

 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, 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.

Jestem świadomy/a, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty do wykonania diagnostyki (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

- postnatalnej** (pourodzeniowej)
 - weryfikacji rozpoznania klinicznego
 - określenia statusu nosicielstwa
- prenatalnej** (przedurodzeniowej)
- post mortem**
- zabezpieczam materiał genetyczny do przyszłych badań**

2. Poinformuję NZOZ Genomed, jeśli w okresie ostatnich 3 miesięcy wykonano u mnie/dziecka transfuzję, lub jestem/dziecko jest po przeszczepie szpiku.

 3. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do badania a datą wydania wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza *Deklaracja Świadomej Zgody*.

4. W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, interpretacja wyniku badania genetycznego może być nieprawidłowa.

5. Przyjmuję do wiadomości, że do wykonania badania może być potrzebne będzie ponowne pobranie, jeśli aktualnie pobrany materiał biologiczny nie spełni kryteriów jakości.

6. Wyrażam zgodę, aby wyniki moich badań oraz pozostały po badaniu diagnostycznym materiał biologiczny zostały anonimowo wykorzystane do celów badań naukowych, opracowania testów diagnostycznych, analiz statystycznych i publikacji naukowych.

7. Wyrażam zgodę, aby mój/dziecka materiał genetyczny (DNA) po badaniu pozostał w zasobach NZOZ Genomed.

8. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/ny, że w każdym czasie mogę cofnąć zgodę wyrażoną w pkt 6 i 7 powyżej oraz zażądać usunięcia tych danych od dnia doręczenia NZOZ Genomed stosownego oświadczenia.

Wskazania do wykonania badania (np. objawy kliniczne):

Czy badanie genetycznie było wykonywane wcześniej? Jeśli tak, to w kierunku jakiej choroby (proszę załączyć wynik)?

Czy w rodzinie występowały choroby genetyczne? Jeśli tak, to jakie i jaki jest stopień pokrewieństwa z pacjentem?

 Miejscość i data

.....
Podpis pacjenta / rodzica / przedstawiciela ustawowego

 Pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie