



Dn.....

Deklaracja Świadomej Zgody na wykonywanie molekularnych badań genetycznych

Dane pacjenta:

<i>Imię:</i>	
<i>Nazwisko:</i>	
<i>PESEL:</i>	

Dane rodzica lub opiekuna prawnego (wypełnić jeśli pacjent jest niepełnoletni):

<i>Imię:</i>	
<i>Nazwisko:</i>	
<i>PESEL:</i>	
<i>Adres Tel. kontaktowy</i>	

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału w postaci w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych metodą sekwencjonowania/NGS/SNP-array*, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z koniecznością określenia predyspozycji genetycznych do:

Uzyskałam/em informacje na temat podejrzewanej choroby oraz charakteru i znaczenia diagnostycznego planowanych badań molekularnych dla potwierdzenia rozpoznania choroby oraz o możliwych wynikach tych badań, które będą wymagały właściwej interpretacji.

Poinformowano mnie także o tym, że wyizolowany DNA będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* aby wyizolowany DNA był przechowywany i anonimowo wykorzystany do genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.

W przypadku braku zgody na wykorzystanie DNA do badań naukowych, zostanie on zniszczony po zakończeniu badań diagnostycznych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

.....
*Podpis i pieczęć lekarza
przyjmującego deklarację*

* - niepotrzebne skreślić