

## Formularz świadomej zgody na wykonywanie molekularnych badań genetycznych

Dane osoby kierowanej na badania genetyczne:

Imię

Nazwisko

Pesel

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: .....

Dane rodzica lub opiekuna prawnego:  
(wypełnić jeśli osoba kierowana na badania jest niepełnoletnia)

Imię

Nazwisko

Pesel

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: .....

# OŚWIADCZENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/ od mojego dziecka\* materiału w postaci:

- krwi/ wymazu/ innego\* (określić)

..... w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z koniecznością określenia predyspozycji genetycznych/podejrzeniem/rozpoznanie\* choroby:

\* - niepotrzebne skreślić

Zostałem poinformowany o istocie podejrzewanej/ rozpoznanej choroby oraz o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym planowanych badań molekularnych dla potwierdzenia bądź ustalenia rozpoznania choroby oraz o możliwych wynikach tych badań.

Zostałem także poinformowany o tym, że:

1. 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.
2. W niektórych sytuacjach wynik badań może być nieinformatywny lub niejednoznaczny. W takich sytuacjach wynik badań DNA nie zostanie wydany. Próbkę zostanie poddana ponownemu badaniu po wprowadzeniu nowych metod diagnostycznych, umożliwiających uzyskanie informatywnego wyniku.
3. W sytuacji, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymane wyniki badań mogą być niewłaściwie zinterpretowane.
4. Po przeprowadzonym badaniu próbki DNA zostaną zniszczone
5. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do dnia wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta lub prawnego opiekuna wyrażającego zgodę na wykonanie badań genetycznych

Pacjent został poinformowany o szczegółach dotyczących planowanych badań genetycznych oraz możliwych wynikach tych badań, które będą wymagały właściwej interpretacji.

.....  
*Podpis i pieczęć lekarza kierującego*