



DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE MOLEKULARNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

DANE OSOBY BADANEJ										DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO WYRAŻENIA ZGODY NA BADANIE W IMIENIU OSOBY BADANEJ									
PESEL										PESEL									
nazwisko										nazwisko									
imię										imię									
data urodzenia										data urodzenia									
dzień			miesiąc			rok				dzień			miesiąc			rok			
adres kontaktowy										adres kontaktowy									
telefon kontaktowy										telefon kontaktowy									
Jeżeli osoba badana jest niepełnoletnia lub nie może wyrazić w pełni świadomej zgody z innych powodów, należy wypełnić obok dane osoby upoważnionej do wyrażenia zgody na badanie w imieniu osoby badanej.										relacja w odniesieniu do Pacjenta <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> opiekun prawny									

Zgadzam się na pobranie ode mnie od mojego dziecka od mojego podopiecznego

próbki krwi obwodowej płynu owodniowego innego materiału

w celu izolacji DNA oraz wykonania molekularnych testów genetycznych w kierunku

..... (należy podać nazwę diagnozowanej jednostki chorobowej lub w inny sposób określić zakres badań, stosownie do sytuacji klinicznej)

TAK
 NIE

w ramach następującego rodzaju diagnostyki genetycznej

diagnostyka postnatalna diagnostyka prenatalna
 weryfikacja rozpoznania klinicznego analiza materiału po poronieniu
 określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa diagnostyka *post mortem*
 diagnostyka przedobjawowa bankowanie DNA
 określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych)

Oświadczam, że otrzymałam/em wyczerpujące informacje na temat celów i ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nieinformacyjnego dla osoby badanej i członków rodziny osoby badanej. TAK
 NIE

Zgadzam się na wykorzystanie uzyskanych wyników testów diagnostycznych w opracowaniach naukowych z zachowaniem warunków anonimowości. TAK
 NIE

Zgadzam się na przechowywanie (bankowanie) próbki DNA osoby badanej po zakończeniu diagnostyki. TAK
 NIE

Zgadzam się na wykorzystanie próbki DNA oraz danych klinicznych osoby badanej w przyszłych badaniach naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych z zachowaniem warunków anonimowości. TAK
 NIE

Zgadzam się na informowanie mnie o wynikach przyszłych badań naukowych uzyskanych w trakcie analizy próbki DNA osoby badanej, jeżeli będą one przydatne klinicznie dla osoby badanej lub członków rodziny osoby badanej. TAK
 NIE

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych moich / mojego dziecka / mojego podopiecznego przez Pracownię Neurogenetyki Zakładu Diagnostyki Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie do celów związanych z wykonywaniem diagnostyki genetycznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2000 roku Nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami). TAK
 NIE

PODPIS OSOBY BADANEJ	PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ

DATA	OŚWIADCZENIE LEKARZA	PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA																			
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>dzień</td><td colspan="2">miesiąc</td><td colspan="6">rok</td> </tr> </table>											dzień	miesiąc		rok						Oświadczam, że udzieliłem Pacjentowi dokładnych informacji na temat celów i ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nieinformacyjnego dla osoby badanej i członków jej rodziny.	
dzień	miesiąc		rok																		