

**Formularz świadomej zgody na wykonywanie molekularnych badań genetycznych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osobowe pacjenta:**  Imię i Nazwisko …………………………………………..  Data urodzenia ……..…………………………………….  PESEL …………………………………………...  Adres zamieszkania ………………………………………………………………  ……………………………………………………………....  Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku  braku nr PESEL ……………………………............................................... | **Dane rodzica lub opiekuna prawnego:**  *(wypełnić jeśli osoba kierowana na badania jest niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona)*  Imię i Nazwisko ………………………………………..  Data urodzenia ……..………………………………….  PESEL ………………………………………...  Adres zamieszkania ………………………………………………………………  ……………………………………………………………....  Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku  braku nr PESEL ……………………………............................................... |

**OŚWIADCZENIE**

**Wyrażam zgodę** na pobranie materiału biologicznego: krwi obwodowej lub innego materiału biologicznego w postaci……………………………..(*podać jakiego*) oraz na wykonanie molekularnych badań genetycznych, z wykorzystaniem powyższego materiału, zmierzających do identyfikacji zmian w DNA i/lub RNA, w związku z określeniem predyspozycji genetycznych, podejrzeniem lub rozpoznaniem klinicznym choroby.

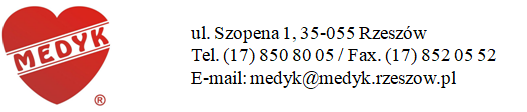
**Wyrażam zgodę** na przechowywanie materiału genetycznego w celu możliwości wykonania innych, dodatkowych molekularnych badań genetycznych w przyszłości (materiał genetyczny naszego ciała pozostaje przez całe życie taki sam).

**Wyrażam zgodę** na przechowywanie powyższego materiału genetycznego i wykorzystanie danych klinicznych oraz tego materiału do dalszych, genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża niektórych chorób, prowadzonych w różnych ośrodkach naukowych, w kraju i za granicą, z zachowaniem warunków anonimowości.

*Zostałam(-em) poinformowana(-y), że w niektórych przypadkach uzyskany wynik może być niediagnostyczny z przyczyn technicznych (np. złej jakości lub niewystarczającej ilości pobranego materiału do badań, naturalnej degradacji materiału), co będzie wiązało się z potrzebą powtórnego pobrania materiału do badań i ich ponownego przeprowadzenia*

*Ponadto zostałam(-em) poinformowana(-y) o możliwości wycofania zgody, w dowolnym momencie i bez żadnych konsekwencji.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *miejscowość* | *data* | *czytelny podpis pacjenta lub jego opiekuna prawnego* | |
| ***W przypadku badania zleconego przez lekarza*** | | | |
| Pacjent/pacjentka został/została poinformowana o szczegółach dotyczących planowanych badań genetycznych oraz możliwych wynikach tych badań, które będą wymagały właściwej interpretacji. | | | *podpis i pieczątka lekarza kierującego* |

**