Oncogene Diagnostics

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA

Nazwisko i imię pacjenta: . . . . . .

PESEL |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ lub data urodzenia . . . . . .

Wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie / mojego dziecka materiału biologicznego do wykonania molekularnych badań diagnostycznych mających na celu wykrycie zmian w DNA w związku z podejrzeniem choroby / określeniem predyspozycji, nosicielstwa . . . . . .
. . . . . .

Zostałem/łam także poinformowany/na o tym, że:
1. Izolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, istnieje jednak ryzyko jego degradacji w wyniku naturalnych procesów, dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
2. Istnieje możliwość nieuzyskania wyników z przyczyn technicznych.
3. Istnieją sytuacje, w których wynik badania może być niejednoznaczny lub niewłaściwie zinterpretowany gdy: pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, wykonano transfuzję krwi w ciągu 3 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych lub był wykonany kiedykolwiek przeszczep szpiku kostnego.
4. jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do dnia wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia niezbędne będzie podpisanie przez niego Deklaracji Świadomej Zgody.

Zostałem/łam poinformowany/a o konieczności przetwarzania moich danych osobowych w związku z wykonaniem w/w badania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do w/w celów, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz.926 z późn. zm).

…… ……
data czytelny podpis pacjenta / prawnego opiekuna wyrażającego zgodę

Pacjent (rodzic lub prawny opiekun pacjenta) został poinformowany o celu i znaczeniu diagnostycznym proponowanych badań molekularnych oraz o możliwych wynikach tych badań.

…… ……
data czytelny podpis i pieczątka lekarza zlecającego badanie