Oncogene

wersja dla szpitala 12.07.2024 r.

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL Pacjenta: |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ Data urodzenia: .....

Nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL

.....

Cel badania:.....

Rodzaj badanego materiału: .....

Wyrażam zgodę na:

1. Pobranie materiału i wykonanie badania genetycznego.
2. Poinformowanie mnie o wynikach badania.
3. Przekazanie wyników badań genetycznych lekarzowi wskazanemu w skierowaniu.

Zostałem/łam także poinformowany/na o tym, że:

1. Pobrany materiał biologiczny może okazać się niewystarczający, dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
2. Istnieje możliwość nieuzyskania wyników z przyczyn technicznych.
3. Istnieją sytuacje, w których wynik badania może być nieinformatywny (niediagnostyczny), niejednoznaczny lub niewłaściwie zinterpretowany:

- w przypadku materiału utrwalonego: gdy materiał utrwalono niezgodnie z obwiązującymi standardami: *Standardy diagnostyki genetycznej w guzach litych opublikowane przez Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka w roku 2024.*
- w przypadku badań wykonywanych z krwi: gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, wykonano transfuzję krwi w ciągu 2 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.
5. Mam prawo do rezygnacji z poznania wyniku badania.
6. Pobrany materiał będzie przechowywany w laboratorium w odpowiednich warunkach do czasu wydania wyniku i zostanie zniszczony jeśli nie wyrażę zgody na jego przechowywanie. W przypadku braku zgody na przechowywanie materiału proszę zaznaczyć:

   ☐ Nie wyrażam zgody na przechowywanie materiału.

Oświadczam, że:

1. Zostałem w sposób przystępny poinformowany o stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Zostałem/am poinformowany o konsekwencjach badania genetycznego polegających na możliwości wykrycia nieprawidłowości materiału genetycznego, które ujawnią się w przyszłości w postaci choroby lub mogą być przyczyną choroby aktualnej oraz możliwości występowania tej samej nieprawidłowości materiału genetycznego, u członków mojej rodziny.
3. Miałem/am dostatecznie dużo czasu na zastanowienie się przed udzieleniem swojej zgody.
4. Informacje, które otrzymałem/am są dla mnie wystarczające do świadomego udzielenia zgody.

....

data czytelny podpis pacjenta/prawnego pełnomocnika wyrażającego zgodę

Imię i nazwisko pełnomocnika: .....

Adres zamieszkania pełnomocnika: .....

.....