

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE MOLEKULARNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

Dane osobowe pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: PESEL:

Dane osobowe opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Wyrażam zgodę ☐ * / **Nie wyrażam** zgody ☐ *

na pobranie **ode mnie / od mojego dziecka / od podopiecznego** (właściwie zakreślić) materiału biologicznego (krew / szpik / lub inny) oraz na wykonanie molekularnych badań genetycznych, z wykorzystaniem powyższego materiału, zmierzających do identyfikacji zmian w DNA i/lub RNA, w związku z podejrzeniem lub rozpoznaniem klinicznym choroby.

Wyrażam zgodę ☐ * / **Nie wyrażam** zgody ☐ *

na przechowywanie materiału w celu ponownej analizy diagnostycznej która, w niektórych przypadkach może być niezbędna w przyszłości, ponieważ może zająć potrzeba wykonania dodatkowych badań uzupełniających z materiału archiwalnego, uzasadnionych klinicznym przebiegiem schorzenia.

Wyrażam zgodę ☐ * / **Nie wyrażam** zgody ☐ *

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

***Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat**

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

.....
Data

.....
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta

Pacjent / opiekun prawny pacjenta został poinformowany o istocie podejrzanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza