

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA MOLEKULARNEGO

DANE PACJENTA

Imię i Nazwisko	
PESEL/Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	

DANE OPIEKUNA USTAWOWEGO (TYLKO GDY DOTYCZY)

Imię i Nazwisko	
PESEL/Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	

WYRAŻAM ZGODĘ NA UŻYCIĘ POBRANEGO ODE MNIE MATERIAŁU :

- krew obwodowa
- wymaz cytologiczny
- szpik
- inne.....

w celu wykonania badań molekularnych, mających na celu identyfikację zmian w DNA/RNA w związku z podejrzeniem/rozpoznanem klinicznym choroby:

.....

Zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych dla ustalenia rozpoznania/leczenia/ oceny predyspozycji, przebiegu choroby	TAK	NIE
W przypadku wykonywania badania z krwi - czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy byłaby wykonana u osoby badanej transfuzja krwi pełnej lub przeszczep szpiku	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na przechowywanie materiału genetycznego DNA/RNA w celu wykonania ewentualnych dodatkowych badań diagnostycznych dla osoby badanej.	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na przechowywanie i anonimowe wykorzystanie materiału genetycznego DNA/RNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża diagnozowanej choroby.	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach zawartych w skierowaniu i zbieranych w celu wykonania badań genetycznych oraz oświadczam, że dopełniono wobec mnie obowiązku informacyjnego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyleniem dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).	TAK	NIE

Zostałem także poinformowany o tym, że: wyizolowany DNA/RNA będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA/RNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.

Upoważniam odbioru (imię i nazwisko, data urodzenia) wyników w przypadku, gdybym sam/a nie mógł/mogła ich odebrać.

Kielce, dnia
 Podpis pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego)

Pacjent/Przedstawiciel ustawowy został poinformowany o szczegółach dotyczących planowanych badań genetycznych oraz możliwych wynikach tych badań, które będą wymagały właściwej interpretacji.

Kielce, dnia
 Podpis i pieczęć lekarza