



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im A. Mielęckiego  
Ul. Francuska 20-24, 40-027 Katowice  
ODDZIAŁ HEMATOLOGII I TRANSPLANTACJI SZPIKU  
ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO  
Laboratorium Hematologiczne  
ul. Dąbrowskiego 25, 40-032 Katowice  
Lekarz Kierujący Oddziałem: Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Helbig  
tel.: (0-32) 2591-322 do 4, fax: (0-32) 255-49-85  
e-mail: klinhem@sum.edu.pl

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY  
na badanie genetyczne**

Cel badania (wskazania)	
----------------------------	--

**Informacja o pacjencie**

Imię:		Numer historii choroby:	
Nazwisko:		Płeć:	
Data urodzenia:		PESEL*:	
	dzień	miesiąc	rok
Adres kontaktowy, telefon:			

**Informacje o materiale biologicznym**

Rodzaj materiału	<input type="checkbox"/> krew	<input type="checkbox"/> szpik	<input type="checkbox"/> płyn m-rdz	<input type="checkbox"/> płyn opłucnowy	<input type="checkbox"/> płyn otrzewnowy	<input type="checkbox"/> inne: .....
------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	---	--	--------------------------------------

**Deklaracja Świadomej Zgody**

w celu izolacji DNA/RNA i wykonania molekularnych/cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z podejrzeniem / rozpoznaniem klinicznym choroby:

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzonej choroby i o znaczeniu wykonywanych badań molekularnych / cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania a także tajemnicy wyników tego badania.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \*** na przechowywanie izolowanego DNA po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \*** na wykorzystywanie mojego DNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych, z zachowaniem warunków anonimowości

**Zgadzam się / nie zgadzam się \*** na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju.

**Ponadto zostałem /-am poinformowany/-a , że:**

- uzyskany wynik mojego badania / badania dziecka może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny
- wynik badania może pomóc w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego w mojej rodzinie oraz wśród moich krewnych
- wynik badania może stać się podstawą do określenia ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej w rodzinie i wśród dalszych krewnych (jeśli będzie to możliwe)
- w niektórych przypadkach uzyskany wynik będzie nie informacyjny, badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji, wtedy zaistnieje potrzeba powtórnego pobrania materiału do badań
- wynik badania może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) mających wartość diagnostyczną
- jeżeli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej a datą wydania wyniku niepełnoletni badany ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody
- możliwości przerwania uczestnictwa w badaniu w dowolnym jego momencie bez żadnych konsekwencji o możliwości zniszczenia próbek biologicznych po wykonaniu badań na które wyraził-em/-am zgodę

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na poinformowanie mnie o ryzyku ujawnienia się określonej patologii w przyszłości w związku ze stwierdzeniem obecności tzw. zmian nieoczekiwanych

.....  
Imię i nazwisko pacjenta / prawnego opiekuna \*  
wyrażającego zgodę na pobranie:

.....  
Podpis pacjenta / opiekuna\*

.....  
Data

.....  
Podpis lekarza

.....  
Data

\*niepotrzebne skreślić,

\*\* wymagane do wykonania badań genetycznych