



**Zakład i Poradnia Genetyki Klinicznej
Katedry Genetyki Klinicznej i Laboratoryjnej**

Centrum Kliniczno-Dydaktyczne UM w Łodzi
92-213 Łódź, ul. Pomorska 251
budynek A1 poziom 9
wejście wschodnie od ul. Czechosłowackiej

Zakład:

tel. 42 272 57 67
genetyka@kardio-sterling.lodz.pl

Poradnia:

tel. 42 272 53 53, tel. 42 272 53 55
porgen@cskis.umed.pl

Deklaracja świadomej zgody

na badania genetyczne

(formularz przeznaczony dla jednej osoby)

Wyrażam świadomą zgodę na pobranie materiału biologicznego i wykonanie badań genetycznych związanych z podejrzeniem, rozpoznaniem klinicznym lub podejrzeniem nosicielstwa choroby uwarunkowanej zmianami w materiale dziedzicznym

ode mnie:

imię i nazwisko

od mojego dziecka lub osoby
pozostającej pod moją prawną opieką:

imię i nazwisko

wiek

w celu:

- izolowania DNA i wykonania badań molekularnych
- wykonania badań cytogenetycznych
- wykonania badań molekularnych

w postaci:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> krwi obwodowej | <input type="checkbox"/> moczu |
| <input type="checkbox"/> hodowli amniocytów | <input type="checkbox"/> trofoblastu |
| <input type="checkbox"/> płynu owodniowego | <input type="checkbox"/> wycinka skóry |
| <input type="checkbox"/> krwi pępowinowej | <input type="checkbox"/> genomowego DNA |
| <input type="checkbox"/> szpiku kostnego | <input type="checkbox"/> innej |
| <input type="checkbox"/> nasienia | |

postać materiału biologicznego

Oświadczam, że poinformowano mnie o istocie badania oraz jego znaczeniu dla dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Oświadczam, że zgadzam się na:

- przechowywanie próbki genomowego DNA po zakończeniu postępowania diagnostycznego: tak nie
- wykorzystanie próbki genomowego DNA do badań naukowych **z zachowaniem poufności danych osobowych:** tak nie
- wykorzystanie próbki genomowego DNA w celach dydaktycznych **z zachowaniem poufności danych osobowych:** tak nie
- archiwizowanie i przetwarzanie w bazach danych CSK IS UM moich danych wrażliwych: tak nie

Oświadczam, że chcę zostać poinformowana/y o wyniku badania: tak nie

data

czytelny podpis pacjenta*

podpis i pieczęć lekarza przyjmującego deklarację

czytelny podpis opiekuna prawnego**

* dotyczy pacjentów powyżej 16 roku życia

** dotyczy pacjentów poniżej 18 roku życia