



Zakład i Poradnia Genetyki Klinicznej
Centralny Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
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

Poradnia: tel. 42 272 53 53; 42 272 53 55

porgen@csk.umed.pl

Deklaracja świadomej zgody - na badania genetyczne

(formularz dla jednej osoby)

Wyrażam świadomą zgodę na pobranie materiału biologicznego i wykonanie badań genetycznych związanych z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby uwarunkowanej genetycznie.

☐ ode mnie:

imię i nazwisko

PESEL

☐ od mojego dziecka lub osoby
pozostającej pod moją prawną opieką

imię i nazwisko

PESEL

w celu wykonania:

☐ izolacji DNA

☐ badań molekularnych

☐ badań cytogenetycznych

☐ badań cytogenetyczno-molekularnych

w postaci:

☐ krwi obwodowej

☐ płynu owodniowego

☐ krwi pępowinowej

☐ szpiku kostnego

☐ nasienia

☐ moczu

☐ wycinka skóry

☐ genomowego DNA

☐ innej

postać materiału biologicznego

Oświadczenie pacjenta:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - poinformowano mnie o istocie badania, jego rozdzielczości, ograniczeniach metody oraz jego znaczeniu dla dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego | ☐ tak | ☐ nie |
| - zgadzam się na przechowywanie próbki genomowego DNA po zakończeniu postępowania diagnostycznego i ewentualne wykorzystanie na użytek przeprowadzenia badań naukowych | ☐ tak | ☐ nie |
| - zgadzam się na anonimowe użycie danych w celach naukowo-dydaktycznych - z zachowaniem poufności danych osobowych: | ☐ tak | ☐ nie |
| - zgadzam się na archiwizowanie i przetwarzanie w bazach danych CSK UM w Łodzi moich danych wrażliwych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO): | ☐ tak | ☐ nie |
| - zgadzam się na wykonanie zleconych badań / etapów badań w placówce zewnętrznej | ☐ tak | ☐ nie |
| - poinformowano mnie, do którego laboratorium może zostać wysłany materiał biologiczny (dotyczy badań wykonywanych poza granicami Polski) | ☐ tak | ☐ nie |
| - poinformowano mnie o ryzyku niepowodzenia badań i ewentualnej konieczności ich powtórzenia | ☐ tak | ☐ nie |
| - przetoczenie krwi i / lub przeszczep szpiku kostnego w ciągu ostatnich 3 miesięcy | ☐ tak | ☐ nie |
| - 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**