



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

Oświadczam, że:

- 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
- chcę zostać poinformowana/y o wyniku badania tak nie

data

czytelny podpis pacjenta*

podpis i pieczętka lekarza przyjmującego deklarację

* dotyczy pacjentów **powyżej 16 roku życia**

** dotyczy pacjentów **poniżej 18 roku życia**

czytelny podpis opiekuna prawnego**

