

## PRACOWNIA CYTOGENETYKI

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE  
ONKOLOGICZNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH**

**DANE PACJENTA:**

Nazwisko i imię Pacjenta:	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Adres:	
Telefon kontaktowy:	

**DANE RODZICA BĄDŹ OPIEKUNA PRAWNEGO (W PRZYPADKU PACJENTA MAŁOLETNIEGO LUB CAŁKOWICIE UBEZWLASNOWOLNIONEGO):**

Nazwisko i imię Rodzica/Opiekuna:	
Adres:	
Telefon kontaktowy Rodzica/Opiekuna:	

**WYRAŻAM ZGODĘ NA UŻYCIĘ POBRANEGO ODE MNIE/OD MOJEGO DZIECKA MATERIAŁU W POSTACI (niepotrzebne skreślić):**

krew obwodowa	szpik kostny	świeża tkanka guza
bloczek parafinowy/preparat	inny materiał (proszę wpisać)	

**W CELU WYKONANIA DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ/CYTOGENETYCZNEJ W KIERUNKU:**

.....  
nazwa choroby lub kod badania

Wyrażam zgodę na wykonanie badania genetycznego pobranego ode mnie materiału w celu diagnostycznym. Uzyskałem od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.	Data i podpis pacjenta
Wyrażam zgodę na przechowywanie pobranego ode mnie materiału biologicznego i genetycznego (w postaci izolatu DNA).	Data i podpis pacjenta
Wyrażam zgodę na wykorzystanie, po uprzedniej anonimizacji, wyników wykonanych badań genetycznych w celu publikacji.	Data i podpis pacjenta

**INFORMACJA DLA PACJENTA**

U podstaw chorób nowotworowych leżą zmiany materiału genetycznego, które mogą być wyznacznikiem diagnozy lub/i rokowania oraz podstawą wdrożenia skutecznego leczenia. Prowadzone badania mają na celu korelacje zmian genetycznych z przebiegiem klinicznym choroby. Wyniki badań będą przekazane lekarzowi zlecającemu badanie. Zarówno materiał tkankowy jak i izolat DNA przechowywany jest w Pracowni Cytoogenetyki Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM i traktowany na równi z dokumentacją medyczną.

<b>Pacjent/ka został/a poinformowany/a o szczegółach dotyczących zleconych badań genetycznych oraz możliwych wynikach tych badań.</b>	<i>Pieczętka i podpis lekarza kierującego</i>
<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>
	<i>Czytelny podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego</i>