

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONYWANIE MOLEKULARNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka\* materiału  
w postaci:

.....  
w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych,  
mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z koniecznością określenia predyspozycji  
genetycznych/ podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby\*:

.....  
(nazwa badania/jednostki chorobowej)

\*niepotrzebne skreślić

Zostałam/em poinformowana/ny, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty do izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej.
2. Wyizolowany DNA będzie przechowywany do czasu wykonania analiz w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
3. W niektórych przypadkach może zaistnieć konieczność weryfikacji wyniku badań z DNA wyizolowanego z drugiego pobrania materiału
4. Wyizolowane DNA będzie przechowywane i anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.

nie wyrażam zgody na wykorzystanie mojego DNA do anonimowych badań naukowych

Zostałam/em poinformowana/ny o rodzaju badania genetycznego i jego możliwych wynikach.

.....  
Data

Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta lub prawnego opiekuna wyrażającego zgodę na wykonanie badań genetycznych

Pacjent został poinformowany o celu i szczegółach dotyczących rodzaju badania oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji. \

.....  
Podpis i pieczętka lekarza kierującego