



Centrum Onkologii  
im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy  
ul. Dr I. Romanowskiej 2,  
85-796 Bydgoszcz,  
Tel.: 52 374 30 00  
I część kodu resortowego: 04-00061  
Komórka organizacyjna , tel.  
VII część kodu resortowego: .....

Bydgoszcz dnia,.....

Nr historii choroby .....

Płeć: .....

Pacjent: ..... Nazwisko i imię pacjenta ..... PESEL: ..... Data urodzenia: RRRR/MM/DD

ADRES: ..... ulica, nr:..... .. kod pocztowy, miejscowość .... Telefon:.....

KOD ICD-10: ..... Rozpoznanie .....(wg międzynarodowej klasyfikacji)..... ,..... (rozszerzenie rozpoznania).....

## **Formularz Świadomej Zgody na wykonywanie Molekularnych Badań Genetycznych, Cytogenetycznych i Biobankowania**

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie materiału w postaci:

wycinka lub wymazu  krwi

inne

w celu izolacji DNA/RNA/osadu chromosomowego i wykonania badań genetycznych mających na celu identyfikację zmian w DNA/RNA/chromosomach w kierunku:

nabytych zmian nowotworowych

Nazwa choroby lub genu .....

dziedzicznych zmian

Nazwa choroby lub genu .....

Nazwa choroby lub genu .....

Zostałem poinformowany o istocie podejrzewanej/ rozpoznanej choroby oraz o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym planowanych badań genetycznych dla potwierdzenia bądź ustalenia rozpoznania choroby oraz o możliwych wynikach tych badań.

wyrażam zgodę na przechowywanie izolowanego DNA po zakończeniu diagnostyki

nie wyrażam zgody na przechowywanie izolowanego DNA po zakończeniu diagnostyki.



- wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego DNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych, z zachowaniem warunków anonimowości.
- nie wyrażam zgody na wykorzystanie mojego DNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych, z zachowaniem warunków anonimowości.
- zgadam się na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej, zwiększonego ryzyka jej rozwoju lub udzielenia porady genetycznej
- nie zgadam się na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej, zwiększonego ryzyka jej rozwoju lub udzielenia porady genetycznej

Zostałem także poinformowany o tym, że:

1. Wyizolowany DNA będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
2. W niektórych sytuacjach wynik badań może być nieinformatywny lub niejednoznaczny. W takich sytuacjach wynik badań nie zostanie wydany. Próbkę zostanie poddana ponownemu badaniu po wprowadzeniu nowych metod diagnostycznych, umożliwiających uzyskanie informatywnego wyniku.
3. W sytuacji, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymane wyniki badań mogą być niewłaściwie zinterpretowane.
4. Wyizolowane DNA będzie przechowywane i anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.

Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do dnia wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.

Data złożenia podpisu: RRRR/MM/DD

.....

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

Pacjent/ prawny opiekun pacjenta został poinformowany o szczegółach dotyczących planowanych badań genetycznych oraz możliwych wynikach tych badań, które będą wymagały właściwej interpretacji.

.....

Nazwisko i imię	tytuł zawodowy	Nr prawa wykonywania zawodu
.....	.....	.....
Uzyskane specjalizacje		podpis

.....