



**Narodowy
Instytut
Onkologii**
im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowy Instytut Badawczy

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE DIAGNOSTYCZNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

	<i>imię i nazwisko pacjenta</i>	
<i>Pieczęć jednostki zlecającej badanie</i>	<i>data urodzenia</i>	<i>PESEL (w przypadku braku nr PESEL nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)</i>

M A T E R I A Ł

<input type="checkbox"/> Tkanka guza	<input type="checkbox"/> Krew obwodowa	<input type="checkbox"/> Szpik kostny	<input type="checkbox"/> Materiał biopsyjny	<input type="checkbox"/> Inne: (podać jaki)
--------------------------------------	--	---------------------------------------	---	--

Wyrażam zgodę na pobranie materiału biologicznego i wykonanie badań genetycznych w NIO-PIB w Warszawie w celu diagnostycznym. Zostałem / zostałam poinformowany / poinformowana o istocie podejrzewanej / rozpoznanej choroby oraz o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego dla potwierdzenia bądź ustalenia rozpoznania choroby lub planowania leczenia.

TAK
 NIE

Uwaga: Brak zgody uniemożliwia wykonanie diagnostycznego badania genetycznego

Ponadto zostałem /-am poinformowany/-a, że:

1. pobrany materiał będzie przechowywany w laboratorium w odpowiednich warunkach do czasu wydania wyniku i zostanie zniszczony, jeśli nie wyrażę zgody na jego przechowywanie i wykorzystywanie do celów naukowych,
2. w niektórych przypadkach uzyskany wynik może być niediagnostyczny z przyczyn technicznych (np. złej jakości pobranego materiału, naturalnej degradacji materiału), co będzie wiązało się z potrzebą powtórnego pobrania materiału do badań i ich ponownego przeprowadzenia,

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o możliwościach wykorzystania wyników moich badań genetycznych i pobranego materiału do badań naukowych:

1. **Wyrażam zgodę** na wykorzystanie wyników moich badań i danych klinicznych do celów kontroli jakości badań i analiz wyników, z zachowaniem anonimowości przy sporządzaniu raportów i publikacji.
2. **Wyrażam zgodę** na przechowywanie mojego materiału biologicznego pozostałego po zleconym badaniu w celu kontroli jakości badań oraz wsparcia badań naukowych i jego wykorzystywanie, do badań naukowych prowadzonych w krajowych i/lub zagranicznych ośrodkach współpracujących.

TAK
 NIE

TAK
 NIE

Ponadto zostałem /-am poinformowany/-a, że:

istnieje możliwość wycofania zgody na przechowywanie i wykorzystywanie materiału biologicznego do badań naukowych w dowolnym momencie, co spowoduje zniszczenie takiego materiału.

<i>miejsowość</i>	<i>data</i>	<i>czytelny podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego</i>
<p><i>Pacjent / pacjentka został / została poinformowana o szczegółach dotyczących planowanych badań genetycznych oraz możliwych wynikach tych badań, które będą wymagały właściwej interpretacji.</i></p>		<i>podpis i pieczęć lekarza kierującego</i>

I N F O R M A C J A D L A P A C J E N T A

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 korelację zmian genetycznych z przebiegiem klinicznym choroby.

Materiał do badania pobierany będzie jedynie podczas pobierania go do rutynowych badań diagnostycznych. Częstotliwość badań w przebiegu choroby będzie dyktowana częstotliwością pobrań diagnostycznych do oceny przebiegu choroby na zlecenie lekarza prowadzącego. Wyniki badań będą przekazane lekarzowi zlecającemu badanie lub – na życzenie – bezpośrednio pacjentowi lub osobie upoważnionej.

Materiał cytologiczny lub tkankowy, który może być użyty do badań genetycznych i/lub naukowych przechowywany jest w Pracowni Wdrażania i Walidacji Molekularnych Techniki Diagnostycznych Zakładu Onkologii Molekularnej i Translacyjnej i traktowany na równi z dokumentacją medyczną.