



INSTYTUT HEMATOLOGII  
I TRANSFUZJOLOGII

**INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII**  
02-776 WARSZAWA, ul. INDIRY GANDHI 14, tel. 022 3496100  
Kod identyfikacyjny Instytutu: 99 - 00271

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE  
MOLEKULARNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH / CYTOGENETYCZNYCH**  
QD-IHIT/07

**Cel badania  
(wskazania):**

**Informacje o pacjencie**

**Imię:**

**Nazwisko:**

**Data urodzenia:**

**PESEL**

dzień

miesiąc

rok

**Adres kontaktowy,  
telefon:**

**Płeć:**

M

K

**Informacje o materiale biologicznym**

**Rodzaj materiału:**

krew

szpik

fibroblasty

inne: .....

**Deklaracja Świadomej Zgody**

Wyrażam zgodę na izolację DNA/RNA/osadu chromosomowego i wykonania molekularnych/cytoogenetycznych badań diagnostycznych lub badań przeglądowych, mających na celu identyfikację zmian w DNA/RNA/chromosomach w związku z podejrzeniem/rozpoznanie klinicznym choroby:

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzonej choroby i o znaczeniu wykonywanych badań molekularnych / cytoogenetycznych dla ustalenia rozpoznania / monitorowania choroby, a także tajemnicy wyników tego badania.

- ✓ **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na przechowywanie materiału służącego do izolacji DNA/RNA lub izolowanego DNA/RNA/osadu chromosomowego po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych.
- ✓ **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na przeprowadzenie hodowli komórkowej.
- ✓ **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na wykorzystywanie mojego DNA/RNA/osadu chromosomowego do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego lub leczenia chorób genetycznych / chorób układu krwiotwórczego / chorób poddających się leczeniu metodą transplantacji komórek krwiotwórczych / chorób wynikających z alloimmunizacji / chorób związanych z zakażeniami oraz wiedzy na temat znaczenia antygenów komórek krwi, z zachowaniem warunków anonimowości.
- ✓ **Zgadzam się / nie zgadzam się\*** na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania lub poprawy leczenia choroby genetycznej / nowotworowej / układu krwiotwórczego / poddającej się leczeniu metodą transplantacji komórek krwiotwórczych / wynikającej z alloimmunizacji, związanej z zakażeniami, związanej z oddziaływaniem antygenów komórek krwi lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju.

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

- ✓ uzyskany wynik mojego badania / badania dziecka może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny,
- ✓ wynik badania może pomóc w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego w mojej rodzinie oraz wśród moich krewnych,
- ✓ wynik badania może stać się podstawą do określenia ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej w rodzinie i wśród dalszych krewnych (jeśli będzie to możliwe),
- ✓ w niektórych przypadkach uzyskany wynik będzie nieinformatywny jeżeli badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji, wtedy zaistnieje potrzeba powtórzenia pobrania materiału do badań,
- ✓ wynik badania może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) mających wartość diagnostyczną, a także zmian o nieznanym znaczeniu diagnostycznym,
- ✓ jeżeli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej a datą wydania wyniku niepełnoletni badany ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody,
- ✓ o możliwości przerwania uczestnictwa w badaniu w dowolnym jego momencie bez żadnych konsekwencji,
- ✓ o możliwości zniszczenia próbek biologicznych po wykonaniu badań, na które wyraziłem/-am zgodę.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na poinformowanie mnie o ryzyku ujawnienia się określonej patologii w przyszłości w związku ze stwierdzeniem obecności tzw. zmian nieoczekiwanych.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Imię i nazwisko pacjenta / prawnego opiekuna\* wyrażającego  
zgodę na pobranie materiału

.....  
Podpis pacjenta / opiekuna\*

.....  
Data

.....  
PESEL prawnego opiekuna\*

.....  
Podpis lekarza

.....  
Data