

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ (Υπογράφεται από τον ασθενή (ενήλικες) ή τον κηδεμόνα (παιδιά))

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένοςσυγκατατίθεμαι στη διενέργεια της γενετικής εξέτασηςσε εμένα ή στο τέκνο μου.....

Και δηλώνω ενυπόγραφα ότι:

1. Έχω ενημερωθεί επαρκώς για την εξέταση, σε ότι αφορά τις δυνατότητές της, τον χρόνο διεκπεραίωσης και το κόστος, καθώς και ότι περιορίζεται μόνο στη συγκεκριμένη πάθηση την οποία γίνεται ο έλεγχος και δεν παρέχει άλλες πληροφορίες για την υγεία.

2. Έχω κατανοήσει ότι:

α. Οι γενετικές εξετάσεις είναι αρκετά πολύπλοκες και ευαίσθητες και έχουν πιθανότητα σφάλματος ή μη διαγνωστικής απάντησης λόγω διάφορων αιτιών (ποιότητα και ταυτότητα δείγματος, πολυμορφισμοί κ.α. τεχνικά ζητήματα) – όπως σημειώνεται και στην έκθεση αποτελεσμάτων της εξέτασης.

β. Η έκθεση αποτελεσμάτων, για την αποφυγή παρερμηνειών, θα δίνεται στον εξεταζόμενο, τον κηδεμόνα ή άλλο εξουσιοδοτημένο πρόσωπο (ή και τον παραπέμποντα ιατρό μετά από τη σύμφωνη γνώμη μου).

Σε κάθε περίπτωση μετά την ολοκλήρωση του εργαστηριακού ελέγχου, παρέχεται η δυνατότητα γενετικής συμβουλευτικής στη Διεύθυνση Γενετικής του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού σε συνάρτηση με το ιστορικό και την κλινική εικόνα.

γ. Η Διεύθυνση Γενετικής του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού δεν φέρει καμία ευθύνη στην περίπτωση που προκύψει οποιοδήποτε πρόβλημα, ιατρικό ή μη στην οικογένεια μετά την γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Αποδέχομαι να παραχωρήσω στη Διεύθυνση Γενετικής του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού το δικαίωμα περαιτέρω επεξεργασίας του παρόντος βιολογικού υλικού και των ευρημάτων για επιστημονική αξιοποίηση, υπό την προϋπόθεση ότι πληρούνται οι εκάστοτε νομοθετικές διατάξεις περί ανωνυμίας και προστασίας προσωπικών δεδομένων. Διατηρώ όμως το δικαίωμα έγγραφης άρσης της παρούσης συγκατάθεσης ανά πάσα στιγμή.

Ναι

Όχι

Το παρόν συμπληρώνεται από τον παραπέμποντα ιατρό

Έχω δώσει και εξηγήσει στον/στην ενδιαφερόμενο/η πληροφορίες για τη φύση του συγκεκριμένου γενετικού ελέγχου (συμπεριλαμβανομένων των εργαστηριακών δυνατοτήτων, των περιορισμών της μεθόδου και άλλων εναλλακτικών επιλογών) και έχω απαντήσει στα ερωτήματά του/της.

Όνοματεπώνυμο Ιατρού.....

Ημερομηνία..... Υπογραφή