

Номер пациента:

Согласие обследуемого/ой (законного представителя) с генетическим лабораторным исследованием

.....
Фамилия, имя обследуемого/ой

...../.....
Номер страховки / дата рождения

Цель генетического лабораторного исследования:

- Проверка/подтверждение диагноза заболевания Определение предрасположения к заболеванию
- Определение возможности передачи заболевания
- Определение заболевания плода Другие.....

Заявление врача:

Настоящим заявляю, что я ясно и понятно разъяснил/а обследуемому/ой (законному представителю обследуемого) цель и характер, предполагаемую пользу, последствия и возможные риски вышеуказанного генетического лабораторного исследования. Одновременно, я ознакомил/а обследуемого с возможными результатами и последствиями в том случае, если исследование было бы невозможно осуществить для получения вышеуказанных результатов (было бы неудачным) или бы не был получен достаточно определенный ответ для достижения следуемой цели. Я ознакомил/а обследуемого (законного представителя) и с возможными рисками и последствиями в случае отказа от проведения этого обследования. Результаты лабораторного исследования будут конфиденциальными и без согласия обследуемого лица/законного представителя не могут быть сообщены третьему лицу, если действующие правовые нормы не предусматривают иное.

Имя врача **Печать и подпись врача**.....

Заявление обследуемого лица:

Настоящим я подтверждаю, что мне была предоставлена информация к генетическому лабораторному исследованию для целей, указанных выше. Информация и соответствующие разъяснения мне были предоставлены в ясной и понятной форме. У меня было достаточно времени все обдумать и взвесить информацию в спокойной обстановке, у меня была возможность спросить врача обо всем, что я считал/а для себя принципиальным и важным знать и обговорить с ним все вопросы, которые были для меня непонятными. На такие вопросы я получил/а ясные и понятные ответы. Я согласен/а с проведением следующих исследований:

- Цитогенетическое исследование* Кариотип Другие.....
- Молекулярное генетическое исследование* Исследование в связи с заболеванием..... Другие.....
- Другие исследования* Другие.....

Образцы:

- Периферийная кровь Околоплодные воды CVS (ворсинки) Слюна Пуповинная кровь
- Плацента Ткань; кожа, мышца Эякулят Бластомер Другие.....

Далее я требую следующее:

- Я хочу Не хочу быть информирован/а о результатах генетического лабораторного исследования

- Результаты моего исследования могут быть сообщены следующим лицам:

Имя и фамилия уполномоченного лица:.....
Адрес уполномоченного лица:.....

- Согласен / Не согласен с возможной записью моего лица в регистр заболевших

Согласен / Не согласен с сохранением моей ДНК в лаборатории для проведения возможного дальнейшего анализа в зависимости от достижений в области исследований, проводимого для моей пользы и пользы членов моей семьи. В случае несогласия образец будет уничтожен с тем риском, что в будущем будет невозможно в случае необходимости еще раз проверить результат исследования, и для нового генетического тестирования будет необходимо вновь взять образец биологического материала.

- Согласен / Не согласен с анонимным использованием ДНК для врачебных исследований и публикации полученных результатов в специализированных журналах

На основании настоящего разъяснения я заявляю, что я согласен/а с взятием соответствующего биологического образца и с проведением вышеописанного лабораторного исследования.

Я понимаю, что свое согласие я могу отозвать в любое время.

Я заявляю, что я понял/а все разъяснения, данные, и согласия, которые мне были сообщены и объяснены.

Г.....дата.....

Подпись обследуемого лица.....

Имя законного представителя:..... Личный номер:.....

Отношение к обследуемому лицу:.....

Подпись законного представителя.....