

Заполнять ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ буквами

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: / / Пол: Дата взятия образца: / / Время взятия образца:
число месяц год муж жен число месяц год час мин.

Диагноз: Номер страхового полиса:

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Уважаемый пациент!

В соответствии с Вашим желанием (направлением лечащего врача) у Вас предполагается произвести взятие образца биологического материала (кровь, биопсийный материал, и др.), который будет использован для молекулярно-генетического исследования (исследование ДНК). Эти исследования помогут выявить носительство некоторых генетических заболеваний или увеличение риска наиболее частых болезней, развитие которых зависит как от наследственных факторов, так и от факторов внешней среды.

Прежде, чем молекулярно-генетическое исследование будет выполнено, Ваш лечащий врач или врач-консультант должны объяснить Вам цель тестирования, его информативность, вероятность получения правильного результата и возможные последствия тестирования (в том числе, возможность практического использования результатов) для Вас или Ваших родственников.

Подписывая данную форму, Вы подтверждаете, что даете свое согласие на молекулярно-генетическое исследование добровольно, обладая достаточной информацией, и что у Вас была возможность задать все вопросы, которые могли у Вас возникнуть относительно молекулярно-генетического исследования. Все личные данные, касающиеся Вас или Ваших родственников, являются конфиденциальными, и не могут быть переданы другим лицам иначе, как с Вашего ясно выраженного согласия. Вы можете отозвать свое согласие в любое время без дополнительных объяснений.

Настоящим я выражаю свое согласие на то, что генетическое исследование будет выполнено:

Мне _____
(Фамилия, имя, отчество) (Дата рождения)

Моему ребенку _____
(Фамилия, имя, отчество) (Дата рождения)

с целью _____

и биологический материал будет сохранен до получения и оценки результатов, а также для выполнения других дополнительных исследований, если это потребуется для получения четких результатов.

(дата подписи)

(Подпись пациента)

(Ф. И. О. врача или сотрудника лаборатории)

(Подпись врача или сотрудника лаборатории)

Пожалуйста, определите точно, каким образом могут быть использованы Ваши образцы. После того, как Ваш врач, другой врач-генетик или сотрудник лаборатории ответит на все Ваши вопросы, ответьте на предлагаемые вопросы, отмечая «ДА» или «НЕТ» в соответствующих графах:

| | | |
|---|----|-----|
| Я согласен (согласна) с тем, что образец будет использован для следующего молекулярно-генетического исследования (исследований): _____ | ДА | НЕТ |
|---|----|-----|

| | | |
|--|----|-----|
| Я хочу знать результаты молекулярно-генетического исследования | ДА | НЕТ |
| Я согласен с тем, что результаты исследования будут предоставлены: | | |
| • только мне | ДА | НЕТ |
| • контактному лицу _____ (указать) | ДА | НЕТ |
| • членам семьи _____ (указать) | ДА | НЕТ |
| • моему лечащему врачу _____ (указать) | ДА | НЕТ |

| | | |
|--|----|-----|
| Я согласен (согласна) с тем, что образец может быть использован для научных исследований, при условии, что это не приведет к раскрытию личной информации обо мне или моем ребенке. | ДА | НЕТ |
| При необходимости, результаты исследований могут быть использованы в медико-генетическом консультировании или генетическом исследовании других членов семьи. | ДА | НЕТ |
| Я согласен (согласна) с тем, что при необходимости врач-консультант или сотрудник лаборатории, проводящий исследование, может связаться со мной, используя контактную информацию. | ДА | НЕТ |

Я могу изменить свое мнение по одному или всем пунктам в любое время.

_____ (Ф.И.О. пациента/родителя) _____ (Дата) _____ (Подпись)

Адрес _____

_____ e-mail _____ телефон _____

_____ (Ф.И.О. врача/сотрудника лаборатории) _____ (Дата) _____ (Подпись)