



Ημ/νία :

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ Ο ΕΛΕΓΧΟΣ**

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
Ηλικία: Διεύθυνση: Τηλ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο ίδιος : Συγγενής: Βαθμός συγγένειας:
Επώνυμο: Όνομα: Τηλέφωνο:
Αιτία μη δήλωσης του ίδιου του ατόμου που αφορά ο έλεγχος:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων/υπογράφουσα, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό και τη φύση του απαιτούμενου εργαστηριακού ελέγχου, δηλώνω ότι:

Συγκατατίθεμαι στη διενέργεια γενετικής εξέτασης για : *κυκλώστε ανάλογα*

- 1. α-Μεσογειακή Αναιμία** **4. Κυστική Ίνωση: α) 34 μεταλλάξεις του CFTR γονιδίου (75-80%)**
2. β-Μεσογειακή Αναιμία **β) μετάλλαξη ΔF508 (50%)**
3. Οικογενής Μεσογειακός Πυρετός (FMF)

για μένα ή/και το τέκνο μου

Επίσης δηλώνω ότι :

- Σε περίπτωση προγεννητικού γενετικού ελέγχου συγκατατίθεμαι τόσο εγώ όσο και ο σύζυγος/σύντροφός μου
όπως εκτελεστούν οι επιλεγμένες γενετικές εξετάσεις σε δείγμα που προέρχεται από την παρούσα κύησή μου.
- Ενημερώθηκα επαρκώς για την εξέταση, σε ότι αφορά τις δυνατότητες και το χρόνο διεκπεραίωσης.
- Οι κλινικές πληροφορίες καθώς επίσης και το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό που παρουσίασα είναι αληθείς και ακριβείς.
- Κατανοώ ότι η εξέταση αφορά μόνο τη συγκεκριμένη πάθηση για την οποία γίνεται ο έλεγχος και δεν παρέχει πληροφορίες για μεταλλαγές που σχετίζονται με άλλο γενετικό νόσημα, ή την υγεία.
- Παραχωρώ στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής το δικαίωμα επεξεργασίας του παρόντος βιολογικού υλικού και των ευρημάτων για επιστημονική αξιοποίηση, με 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.
Κατανοώ ότι :
 - Οι γενετικές εξετάσεις είναι πολύπλοκες, ευαίσθητες και έχουν πιθανότητα σφάλματος ή μη διαγνωστικής απάντησης λόγω ποιότητας και ταυτότητας δείγματος, πολυμορφισμών και άλλων τεχνικών ζητημάτων.
 - Τα αποτελέσματα καλύπτονται από ιατρικό απόρρητο και είναι εμπιστευτικά.
 - Τα αποτελέσματα γνωστοποιούνται στον εξεταζόμενο, στον κηδεμόνα, **ή σε άλλο εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο**, ή και στον παραπέμποντα ιατρό μετά από την σύμφωνη γνώμη μου.
(*Το Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής δεν φέρει καμία ευθύνη για οποιοδήποτε μη ιατρικό ζήτημα προκύψει κατόπιν γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων στην οικογένεια*).

Συμφωνώ με τη φύλαξη του παρόντος βιολογικού υλικού στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής.

Μετά την ολοκλήρωση του εργαστηριακού ελέγχου, παρέχεται η δυνατότητα γενετικής συμβουλευτικής στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής.

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο ιατρού: Τηλέφωνο:

Έχω εξηγήσει στον ενδιαφερόμενο για την φύση του συγκεκριμένου γενετικού ελέγχου, των εργαστηριακών δυνατοτήτων, των περιορισμών της μεθόδου και άλλων εναλλακτικών επιλογών και έχω απαντήσει στα ερωτήματά του.

Υπογραφή παραπέμποντα Ιατρού

Υπογραφή ατόμου
που αφορά ο έλεγχος

Υπογραφή του συγγενή
που παρέχει τη συγκατάθεση