

## ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΜΟΡΙΑΚΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Επώνυμο:	Όνομα:
Ημερομηνία γέννησης:	Φύλο:
Αιτούμαι για την ανάλυση:	

**Σκοπός της αιτούμενης ανάλυσης είναι: Η διερεύνηση της πιθανής παρουσίας μεταλλάξεων στα γονίδια .....**

Αιτούμαι τον έλεγχο για την παρουσία μεταλλάξεων στα προαναφερόμενα γονίδια. Γνωρίζω τα πλεονεκτήματα, τους κινδύνους και τους περιορισμούς αυτής της εξέτασης, για τα οποία με έχει κατατοπίσει ο θεράπων ιατρός.

Συμφωνώ να παραχωρήσω στον γιατρό μου ή/και στο κέντρο που θα προβεί στην ανάλυση πλήρες ιστορικό της οικογένειάς μου με πληροφορίες για όλους τους συγγενείς οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με τη νόσο που σχετίζεται με τα προς εξέταση γονίδια.

Έχω ενημερωθεί για τα ακόλουθα:

(1) Ο έλεγχος του DNA:

- Μπορεί να διαπιστώσει αν έχω ή όχι γενετική προδιάθεση για τη νόσο.
- Μπορεί να υποδείξει και άλλο μέλος της οικογένειας που μπορεί να φέρει την ίδια μετάλλαξη και προδιάθεση για τη νόσο.
- Δεν μπορεί να ανιχνεύσει μεταλλάξεις σε άλλα γονίδια πλην των γονιδίων που θα ελεγχθούν.
- Δεν αποκλείει το ενδεχόμενο ύπαρξης μεταλλάξεων που δεν μπορούν να ανιχνευθούν με αυτή την τεχνική.

(2) Η σημασία αρνητικού ή θετικού αποτελέσματος μου έχει εξηγηθεί προσωπικά, με βάση το οικογενειακό μου ιστορικό.

(3) Παρά το ότι η ανάλυση μεταλλάξεων και/ή ανάλυση σύνδεσης συνήθως αποδίδει ακριβείς πληροφορίες υπάρχουν πολλές πιθανές πηγές λάθους. Αυτές, μεταξύ άλλων, μπορεί να είναι η λανθασμένη εκτίμηση της κλινικής εικόνας, το λανθασμένο δείγμα, επιμόλυνση δείγματος καθώς επίσης και ανακριβείς πληροφορίες οικογενειακού ιστορικού.

(4) Τα αποτελέσματα της εξέτασης συνυπολογίζονται από τον θεράποντα ιατρό για τη διαμόρφωση της κλινικής διάγνωσης ή για τη λήψη αποφάσεων για την πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου.

(5) Αναλαμβάνω να καλύψω τα έξοδα της εξέτασης ακόμα και αν αποφασίσω να μην παραλάβω τα αποτελέσματα.

(6) Κατανοώ ότι κατά τη διαδικασία της ανάλυσης υπάρχει πιθανότητα το δείγμα μου να κριθεί ακατάλληλο ή να μην είναι εφικτό να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα για τεχνικούς λόγους. Αποδέχομαι την οικονομική επιβάρυνση του συνολικού ποσού της εξέτασης, εφόσον δεν υπάρχει δυνατότητα επανάληψης.

(7) Το δείγμα θα διατηρηθεί για 6 μήνες, προκειμένου να ικανοποιηθούν ενδεχόμενα αιτήματά σας, που αφορούν στην επικύρωση της ανάλυσης των αποτελεσμάτων.

(8) Το δείγμα μου ενδέχεται, εφ' όσον συναινέσω να χρησιμοποιηθεί μόνο ανώνυμα για ερευνητικούς σκοπούς, όπου και θα διατηρηθεί για όσο διάστημα είναι τεχνολογικά εφικτή η αξιοποίησή του.

Λάβετε υπόψη ότι η ΒΙΟΑΝΑΛΥΤΙΚΗ-ΓΕΝΟΤΥΠΟΣ Α.Ε έχει λάβει όλα τα απαραίτητα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για να διασφαλίσει τα προσωπικά δεδομένα και τα κλινικά δείγματα που μας παραχωρήσατε. Σε περίπτωση που έχετε ερωτήσεις σχετικά με αυτό το έντυπο, μπορείτε να στείλετε email στο [dpo@genotypos.gr](mailto:dpo@genotypos.gr) και θα απαντήσουμε σε αυτές το συντομότερο δυνατόν κι όχι αργότερα από έναν μήνα.

*Συναινώ το δείγμα μου να χρησιμοποιηθεί ανώνυμα για ερευνητικούς σκοπούς*

ΝΑΙ       ΟΧΙ

*Έχω διαβάσει κι έχω ένα αντίγραφο από το έντυπο αυτό και συμφωνώ να υποβληθώ στον γενετικό έλεγχο.*

Υπογραφή Ασθενούς:..... Ημερομηνία: ...../...../.....