

ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: Λήψης δείγματος: .../.../..... Ώρα: Παραλαβής δείγματος: .../.../..... Ώρα:

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ:

ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ:

- ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:**
- Περιφ. Αίμα Μυελός των οστών Πλάσμα/Ορός Ιστολογική τομή
 Χειρουργική βιοψία Κυτταρολογικό υπλικό Υδατοειδές υγρό Αμνιακό υγρό Τροφοβιβλάστη
 Προϊόντα αποβολής ENY Σπέρμα Κυτταρική σειρά DNA RNA Άλλο

ΣΧΟΛΙΑ:

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ- ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Επωνυμία:

Διεύθυνση:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΓΙΑΤΡΟΣ

Όνομα:

Ειδικότητα:

Τηλέφωνο:

Fax:

e-mail:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ονοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο:

AMKA:

Διεύθυνση:

Φύλο:

Α Θ

Ημερ. Γέννησης: / /

Τηλέφωνο:

Fax:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΡΕΩΣΗΣ

Επωνυμία:

Διεύθυνση:

ΑΦΜ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΔΟΥ:

Τηλέφωνο:

Fax:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

Η εξόφληση της ανάλυσης μπορεί να γίνει: 1. Στη γραμματεία του εργαστηρίου. 2. Με κατάθεση στον τραπεζικό λογαριασμό EUROBANK 0026.0062.19.0200355309 (IBAN GR70 0260 0620 0001 9020 0355 309) και αποστολή του αποδεικτικού κατάθεσης και του ονόματος του εξεταζόμενου στο fax του εργαστηρίου ή στο e-mail: genotypos@genotypos.gr

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΜΟΡΙΑΚΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Σκοπός της αιτούμενης ανάλυσης είναι η διερεύνηση της πιθανής παρουσίας μεταλλάξεων, όπως περιγράφεται στο πεδίο «ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ» του παρόντος εντύπου.

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 τη 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 μεταλλάξη 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 πιγές 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.

Συναινώ το δείγμα μου να χρησιμοποιηθεί ανώνυμα για ερευνητικούς σκοπούς.

NAI OXI

ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ζητώ και συναινώ όπως τα αποτελέσματα των εξετάσεών μου δοθούν

στον παραπέμποντα ιατρό¹
 σε εμένα τον ίδιο
 σε άλλο πρόσωπο με στοιχεία παραλήπτη: (Όνοματεπώνυμο)

Τρόπος παραλαβής αποτελεσμάτων:

από το ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
 e-mail:
 ταχυδρομικά:

Ημερομηνία

Όνομα και υπογραφή του δηλούντος

Επιλέγετε ένα από τα ακόλουθα:

ο ίδιος ο γονέας ο νόμιμος κηδεμόνας