

Nazwisko, imię lub numer pacjenta

Adres ubezpieczonego pacjenta

Data urodzenia

Stomatolog (zleceniodawca)
pieczętka gabinetu, adres

PadoGen

Numer zlecenia/testu

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY na molekularno-genetyczne badanie

Zamawiane badanie genetyczne:

Molekularna charakterystyka polimorfizmów w następujących pozycjach: – pozycja -889 w genie ludzkiej interleukiny IL-1 α , – pozycja +3953 w genie ludzkiej interleukiny IL-1 β , – pozycja +2018 w genie ludzkiego antagonisty receptora interleukiny IL-1RN, – pozycja -308 w genie ludzkiego czynnika martwicy nowotworów TNF- α .

Informacja dla pacjenta:

Określenie genetycznie uwarunkowanej skłonności do stanów zapalnych poprzez analizę polimorfizmów wymienionych wyżej genów umożliwia prognozowanie przebiegu chorób przyzębia. Włączenie wyników badania do specjalistycznego programu terapeutycznego i profilaktycznego pozwala opóźnić szybszą degradację aparatu utrzymującego zęby u pacjentów z dziedzicznie podwyższoną skłonnością do stanów zapalnych.

Wyrażam zgodę na:

- przeprowadzenie powyższego badania oraz pobranie próbki; zostałem/zostałam poinformowany/a przez lekarza prowadzącego o znaczeniu badania, zrozumiałem/am przekazane informacje i miałem/am wystarczająco dużo czasu na ich rozważenie.
- ewentualne przekazanie próbki do wyspecjalizowanego laboratorium partnerskiego w celu weryfikacji wyniku lub przeprowadzenia dalszych badań diagnostycznych.
- przechowywanie uzyskanych wyników badań po sporządzeniu opinii diagnostycznej przez okres przekraczający ustawowy termin 10 lat.
- przekazanie wyników następującym lekarzom lub instytucjom: lekarz zlecający badanie, inni lekarze prowadzący oraz _____.
- archiwizację i wykorzystanie materiału badawczego w celu zapewnienia jakości.
- poinformowanie mnie o wyniku badania. Zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługującym mi prawie do niezyskania informacji o wyniku.

Niepotrzebne skreślić! Każdy punkt niniejszej zgody może zostać przeze mnie odwołany w dowolnym momencie.

Nazwisko

Miejscowość, data

Imię

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Data urodzenia

Podpis lekarza zlecającego badanie