

Declarație de acord pentru analiza genetică (conform Legii privind diagnoza genetică)

- Trebuie completate toate rubricile redactate pe fundal gri
- Formularul trebuie datat și semnat personal (olograf), atât de către pacient /reprezentant legal cât și de către medicul responsabil de caz.
- Vă rugăm să rețineți că analiza genetică nu se poate realiza în lipsa unei declarații de acord completate integral și corect.

Nume, prenume: (persoana examinată)	Data nașterii:
---	-----------------------

Prin prezenta, confirm acordul meu pentru efectuarea unei analize genetice precum și pentru recoltarea cantității de sânge/țesuturi necesare pentru aceasta, în legătură cu afecțiunea suspectată:

Diagnostic (prezumtiv)

☐ la mine ☐ la copilul meu ☐ la persoana aflată în îngrijirea mea

Analiza genetică se concentrează exclusiv asupra afecțiunii de clarificat.

Am fost suficient informat(ă) cu privire la bazele genetice relative la afecțiunea suspectată, precum și la posibilitățile și limitele analizei molecular genetice, în conformitate cu Legea privind diagnoza genetică. Semnificația și consecințele rezultatelor analizei dorite, precum și utilizarea și stocarea materialelor recoltate pentru probe și a rezultatelor analizei mi-au fost explicate pe larg. Am dispus de suficient timp de gândire precum și de posibilitatea de a adresa întrebări suplimentare.

Datele puse la dispoziție de mine precum și toate rezultatele analizei se supun secretului medical și vor fi comunicate membrilor familiei mele sau altor medici numai cu acordul meu expres în formă scrisă. Sunt de acord cu stocarea rezultatelor pentru o perioadă mai lungă decât cea de 10 ani prevăzută prin lege.

Am luat la cunoștință faptul că participarea mea la această analiză este benevolă și că îmi pot retrage oricând și fără nevoie de justificare acordul exprimat pentru analiza genetică, pentru comunicarea rezultatelor analizei precum și pentru stocarea probelor recoltate, urmând a se deconta numai prestația efectuată până la momentul respectiv.

Doresc comunicarea rezultatelor analizei către mine prin intermediul medicului responsabil	☐ da	☐ nu
Sunt de acord cu eventuala utilizare anonimă a probelor recoltate pentru măsuri de asigurare a calității	☐ da	☐ nu
Sunt de acord cu transferul cererii de efectuare a analizelor către un laborator medical aflat în relații de colaborare	☐ da	☐ nu

.....
Localitatea, data

.....
Localitatea, data

.....
Semnătura Pacient/Reprezentant legal

.....
Semnătura Medic responsabil de caz

.....
Nume, prenume
(cu litere de tipar)

.....
Nume, prenume
(cu litere de tipar)