



ΤΜΗΜΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΕΤΙΚΗΣ – ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ DNA

Όνομα: _____	Επίθετο: _____
Ημερομηνία Γεννήσεως: ___/___/_____	Φύλο: <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/> Άρρεν
Ζητώ εξέταση DNA για την πάθηση: _____	
Ο σκοπός είναι:	<input type="checkbox"/> Διαγνωστικός <input type="checkbox"/> Ανίχνευση φορέα <input type="checkbox"/> Προ-συμπτωματικός Έλεγχος
	<input type="checkbox"/> Προγεννητικός Έλεγχος <input type="checkbox"/> Άλλος: _____
Ζητώ να γίνουν οι εξής εξετάσεις: _____	

Εξουσιοδοτώ και ζητώ από το πιο πάνω εργαστήριο του ΙΝΓΚ να εξετάσει το δείγμα μου [ή του παιδιού μου ή του εμβρύου μου] για την πιο πάνω καθορισμένη πάθηση. Η παρακάτω υπογραφή μου αποτελεί επιβεβαίωση ότι έχω πάρει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τα οφέλη, τους κινδύνους και τους περιορισμούς αυτής της εξέτασης από επαγγελματία ειδικό στον τομέα.

Μου έχουν δοθεί εξηγήσεις για τα πιο κάτω:

- Τα αποτελέσματα εξέτασης DNA μπορεί:
 - Να διαγνώσουν εάν έχω ή δεν έχω αυτή τη πάθηση ή αν είμαι σε κίνδυνο για να την αναπτύξω.
 - Να υποδηλώσουν εάν είμαι ή δεν είμαι φορέας αυτής της πάθησης.
 - Να προβλέψουν ότι κάποιος άλλο μέλος της οικογένειας έχει ή είναι σε κίνδυνο να αναπτύξει τη πάθηση.
 - Να προβλέψουν ότι κάποιος άλλο μέλος της οικογένειας είναι φορέας αυτής της πάθησης.
 - Να είναι απροσδιόριστα λόγω τεχνικών περιορισμών ή οικογενειακών γενετικών χαρακτηριστικών.
 - Να αποκαλύψουν μη πατρότητα.
- Αυτή η εξέταση DNA είναι συγκεκριμένη μόνο για την προαναφερόμενη πάθηση. Δεν θα ανιχνεύσει όλες τις πιθανές μεταλλάξεις αυτού του γονιδίου, ούτε θα ανιχνεύσει μεταλλάξεις σε άλλα γονίδια.
- Τη σημασία ενός θετικού ή αρνητικού αποτελέσματος με βάση το οικογενειακό μου ιστορικό.
- Παρόλο που η εξέταση μεταλλαγής ή η ανάλυση σύνδεσης συνήθως αποδίδουν ακριβείς πληροφορίες, υπάρχουν αρκετές πηγές σφάλματος. Αυτές περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται μόνο σε αυτές, λανθασμένη κλινική διάγνωση της πάθησης, δείγμα εσφαλμένης ταυτοποίησης, επιμολυσμένο δείγμα, και ανακριβείς πληροφορίες σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις.
- Η εξέταση DNA μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική φόρτιση και να οδηγήσει σε διακρίσεις (ασφάλισης ή σε σχέση με την εργασία). Όλα τα αποτελέσματα των εξετάσεων αντιμετωπίζονται με το πρότυπο ιατρικό απόρρητο.
- Τα χαρακτηριστικά των επιδόσεων της εξέτασης αυτής έχουν επικυρωθεί από το παραπάνω εργαστήριο του ΙΝΓΚ.
- Το δείγμα μου [ή του παιδιού μου ή του εμβρύου μου] μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επικύρωση της εξέτασης ή εκπαίδευση μετά από την κατάργηση των προσωπικών αναγνωριστικών. Άρνηση να επιτρέψω τη χρήση του δείγματος μου δεν θα επηρεάσει τα αποτελέσματα των εξετάσεων μου. Για τέτοια χρήση, το δείγμα μπορεί να αποθηκευθεί επ' αόριστον. Μπορώ να αποσύρω την συγκατάθεση μου ανά πάσα στιγμή μετά από συνεννόηση με το εργαστήριο στο +357-22392661.

Υπογραφή ασθενή /κηδεμόνα: _____

Ημερομηνία: ___/___/_____

ΙΑΤΡΟΣ/ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ:

Έχω εξηγήσει την εξέταση DNA και τους περιορισμούς της στον ασθενή ή κηδεμόνα του και απάντησα σε όλες τις ερωτήσεις.

Όνομα Ιατρού/ Γενετικού Συμβούλου: _____ Ημερομηνία: ___/___/_____

Υπογραφή: _____ Αριθμός Τηλ.: _____