



ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Κυπρούλα Χριστοδούλου, PhD, Τμήμα Νευρογενετικής
Λεωφόρος Ηρώων 6, Άγιος Δομέτιος, 2371 ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΚΥΠΡΟΣ
ΤΗΛ.: +357-22358600, +357-22392649, ΦΑΞ: +357-22392615, e-mail: roula@cing.ac.cy
Ιστοσελίδα: <http://www.cing.ac.cy/easyconsole.cfm/id/362>



ΤΜΗΜΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΕΤΙΚΗΣ

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ DNA ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΦΟΡΕΑ ΤΗΣ ΑΤΑΞΙΑΣ FRIEDREICH (ΦΡΙΤΡΑΙΧ)
ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΑΤΑΞΙΑΣ FRIEDREICH (ΕΠΠΑΦ)

Στοιχεία Ατόμου (Παρακαλώ σημειώσατε όπου χρειάζεται)

Όνομα: _____ Επίθετο: _____
Φύλο: Άρρεν Θήλυ Ημερομηνία γεννήσεως: ___ / ___ / ___
Αρ. Ταυτότητας: _____ Εθνικότητα: _____
Αρ. φακέλου νοσηλείας: _____
Αρ. κάρτας νοσηλείας: _____
Διεύθυνση: _____
Πόλη: _____ Ταχ. Κωδ.: _____ Χώρα: _____
Τηλ. επικοινωνίας: Σταθερό: _____ Κινητό: _____

Καταγωγή:

Πατέρα: _____ Μητέρα: _____
Παππού: _____ Παππού: _____
Γιαγιάς: _____ Γιαγιάς: _____

Παραπομπή: Στοιχεία Ιατρού / Επιστήμονα

Όνομα: _____ Επίθετο: _____
Νοσοκομείο / Κλινική: _____
Διεύθυνση: _____
Πόλη: _____ Ταχ. Κωδ.: _____ Χώρα: _____
Τηλ.: _____ Φαξ: _____
e-mail: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: ___ / ___ / ___

Παρακαλώ βεβαιωθείτε ότι το έντυπο συγκατάθεσης στην πίσω όψη είναι κατάλληλα συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο.

Ένδειξη για την εξέταση ανίχνευσης φορέα της αταξίας Φριτράιχ (Παρακαλώ σημειώσατε όπου χρειάζεται)

Καταγωγή πατέρα Καταγωγή μητέρας Άλλος λόγος (Παρακαλώ προσδιορίστε) _____

Δειγματοληψία και αποστολή:

Πριν τη δειγματοληψία παρακαλώ όπως βεβαιωθείτε ότι αυτό το έντυπο όσο και το έντυπο συγκατάθεσης (στην πίσω όψη) είναι κατάλληλα συμπληρωμένα και υπογεγραμμένα.

- ⇒ Για την εξέταση χρειάζονται 2 ml δείγμα αίματος σε μπουκαλάκι με αντιπηκτικό EDTA (μωβ καπάκι) από το κάθε άτομο.
- ⇒ Το Όνομα, Επίθετο και Ημερομηνία Γεννήσεως του ατόμου πρέπει να αναγράφονται στο κάθε μπουκαλάκι.
- ⇒ Τα δείγματα αίματος μπορούν να φυλαχθούν σε θερμοκρασία δωματίου μέχρι την αποστολή τους (**ΜΗΝ ΠΑΓΩΝΕΤΕ ΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ**).
- ⇒ Τα δείγματα πρέπει να παραλαμβάνονται από το εργαστήριο εντός 72 ωρών από τη δειγματοληψία σε θερμοκρασία δωματίου (την Παρασκευή πρέπει να φτάσουν πριν τις 13:00).
- ⇒ Τα δείγματα να αποστέλλονται στην διεύθυνση:

**Κυπρούλα Χριστοδούλου, PhD,
Τμήμα Νευρογενετικής,
Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου,
Λεωφόρος Ηρώων 6,
Άγιος Δομέτιος, 2371 Λευκωσία, Κύπρος.**

Παρακαλώ συμπληρώστε:

Αίμα σε αντιπηκτικό EDTA Ημερομηνία συλλογής δείγματος: ___ / ___ / ___ Ημερομηνία αποστολής δείγματος: ___ / ___ / ___

Παραλαβή δείγματος (Για εσωτερική χρήση Τμήματος Νευρογενετικής) Ημερομηνία παραλαβής δείγματος: ___ / ___ / ___

Παραλαβή από: _____ Υπογραφή: _____ Ποσότητα: _____ Σχόλια: _____

Έλεγχος πληρότητας κριτηρίων ΕΠΠΑΦ:

Καταγωγή: OK απορρίπτεται Έντυπο συγκατάθεσης: OK ασυμπλήρωτο DNA #: _____



ΤΜΗΜΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΕΤΙΚΗΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ DNA ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΦΟΡΕΑ ΤΗΣ ΑΤΑΞΙΑΣ FRIEDREICH

Όνομα: _____ Επίθετο: _____
Ημερομηνία Γεννήσεως: ___/___/_____ Φύλο: Θήλυ Άρρεν
Ζητώ εξέταση DNA για ανίχνευση φορέα της πιο συχνής μεταλλαγής [επιμήκυνση GAA στο πρώτο ιντρόνιο του γονιδίου της φραταξίνης (FXN)] που σε ομόζυγη κατάσταση προκαλεί την πάθηση «Αταξία Friedreich», μέσα στα πλαίσια του εθνικού προγράμματος πρόληψης της αταξίας Friedreich (ΕΠΠΑΦ).

Εξουσιοδοτώ και ζητώ από το πιο πάνω εργαστήριο του ΙΝΓΚ να εξετάσει το δείγμα μου για την πιο πάνω καθορισμένη εξέταση. 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:

1. Τα αποτελέσματα εξέτασης DNA μπορεί:
 - α. Να διαγνώσουν εάν έχω ή δεν έχω αυτή τη πάθηση ή αν είμαι σε κίνδυνο για να την αναπτύξω.
 - β. Να υποδηλώσουν εάν είμαι ή δεν είμαι φορέας αυτής της πάθησης.
 - γ. Να προβλέψουν ότι κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας έχει ή είναι σε κίνδυνο να αναπτύξει τη πάθηση.
 - δ. Να προβλέψουν ότι κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας είναι φορέας αυτής της πάθησης.
 - ε. Να είναι απροσδιόριστα λόγω τεχνικών περιορισμών.
2. Αυτή η εξέταση DNA είναι συγκεκριμένη μόνο για την προαναφερόμενη μεταλλαγή. Δεν μπορεί να ανιχνεύσει άλλες σπάνιες πιθανές μεταλλαγές αυτού του γονιδίου, ούτε θα ανιχνεύσει μεταλλαγές σε άλλα γονίδια.
3. Τη σημασία ενός θετικού ή αρνητικού αποτελέσματος.
4. Παρόλο που η εξέταση μεταλλαγής συνήθως αποδίδει ακριβείς πληροφορίες, υπάρχουν αρκετές πηγές σφάλματος, π.χ. δείγμα εσφαλμένης ταυτοποίησης ή επιμολυσμένο δείγμα.
5. 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.
6. Τα χαρακτηριστικά των επιδόσεων της εξέτασης αυτής έχουν επικυρωθεί από το παραπάνω εργαστήριο του ΙΝΓΚ.
7. Το δείγμα μου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επικύρωση της εξέτασης αυτής ή για εκπαιδευτικούς σκοπούς αφού προηγουμένως εξασφαλιστεί η κατάργηση των προσωπικών αναγνωριστικών. ΝΑΙ ΟΧΙ
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: _____ Ημερομηνία: ___/___/_____

Ιατρός/Γενετικός Σύμβουλος:

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.: _____