

**OBVEŠČEN PRISTANEK
ZA GENETSKO PREISKAVO**

Preiskovanec(ka)....., rojen(a).....sem bil(a)

seznanjen(a) o namenu genetske preiskave.

Strinjam se z odvzemom biološkega materiala in genetsko analizo vzorca DNK.

DA / NE (OBKROŽI)

Strinjam se, da *Laboratorij za klinično imunologijo in molekularno genetiko Klinike Golnik* trajno shrani vzorec DNK. Razumem, da lahko zunanji dejavniki oz. naravne katastrofe, ki jih ni mogoče nadzirati, vzorec poškodujejo do neuporabnosti. Zavedam se, da so lahko obstoječi protokoli za shranjevanje DNK neuporabni za genetske teste, ki bodo na voljo v prihodnosti.

DA / NE (OBKROŽI)

Strinjam se, da je vzorec DNK lahko posredovan na testiranje v drug laboratorij. *Laboratorij za klinično imunologijo in molekularno genetiko* ni odgovoren za rezultate preiskav pridobljenih v drugem laboratoriju.

DA / NE (OBKROŽI)

Strinjam sem, da se pri razvijanju in standardizaciji novih preiskav, anonimno uporabi vzorec DNK.

DA / NE (OBKROŽI)

V primeru, da je izvid mojega testa pomemben za zdravje družinskih članov, se strinjam, da se lahko rezultat preiskave uporabi v njihovem diagnostičnem postopku.

DA / NE (OBKROŽI)

**IZPOLNI SE ZGOLJ V PRIMERU TESTIRANJA Z METODO SEKVENCIRANJA NASLEDNJE
GENERACIJE (NGS)**

Razumem, da lahko genetska preiskava odkrije spremembe povezane z boleznimi ali stanji, ki bi lahko imele jasen in takojšen medicinski pomen za moje zdravje ali zdravje moje družine, vendar niso povezane s sedanjimi zdravstvenimi težavami (naključne najdbe). Strinjam se, da bom v primeru morebitnih naključnih najdb, ki bodo ocenjene kot medicinsko pomembne, o tem obveščen.

DA / NE (OBKROŽI)

Razumem, da lahko privolitev v kateremkoli trenutku umaknem, bodisi v celoti bodisi za posamezne točke tega soglasja, brez navedbe razloga za svojo odločitev. Za vsa morebitna vprašanja ali umik soglasja smo vam na voljo na telefonski številki 04 256 9 431, vsak delavnik med 8:00 in 12:00.

Datum: Podpis bolnika (starša, skrbnika):.....Podpis zdravnika:.....