

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA WYKONANIE SPECJALISTYCZNEGO BADANIA  
PLACENTOLOGICZNEGO Z RAPORTEM KLINICZNYM RYZYKA CIĘŻKICH POWIKŁAŃ CIAŻY  
I CHOROÓB MATKI W PRZYSZŁOŚCI**

NAZWISKO		IMIĘ	
PESEL		DATA URODZENIA	
Rodzaj materiału:		popłód	

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie mojego materiału tkankowego obejmującego łożysko z błonami płodowymi i pępowiną w celu oceny placentologicznej, mającej na celu analizę budowy i funkcji popłodu z punktu widzenia prawidłowości rozwoju odnośnej ciąży, potencjalnego wpływu na ciążę przyszłą i oceny potencjalnego ryzyka innych chorób, w tym układu sercowo-naczyniowego.

Wyrażenie zgody jest niezbędne do przeprowadzenia badań diagnostycznych.

Zostałem poinformowana/ny, że:

1. Oceniany materiał wykorzystany zostanie wyłącznie do wykonania diagnostyki placentologicznej.
2. Błoczki parafinowe z ocenianego materiału będą przechowywane zgodnie z odnośnymi przepisami.
3. W niektórych sytuacjach wynik badania może być niediagnostyczny lub niejednoznaczny.  
W takich sytuacjach wynik badania zostanie wydany z adnotacją o niepełnej diagnostyczności materiału, a preparaty hist.-pat. lub błoczki parafinowe zostaną poddane ponownemu badaniu po wprowadzeniu nowych metod diagnostycznych, umożliwiających uzyskanie w pełni diagnostycznego wyniku.
4. W przypadku, gdy dane kliniczne zawarte w Skierowaniu są inne niż deklarowane, wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany za co wykonujący badanie i raport nie ponoszą odpowiedzialności
5. Wynik badania i materiał histopatologiczny będą przechowywane zgodnie z odnośnymi przepisami i mogą być anonimowo wykorzystane do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat placentologicznej diagnostyki chorób płodu/novorodka i/lub matki.
6. Jeżeli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania wcześniej nie rozpoznanej choroby lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju, wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)
8. Dane do wysyłki badania:

NAZWISKO		IMIĘ	
ULICA		NR DOMU/MIESZKANIA	
MIASTO		KOD POCZTOWY	
e-mail		telefon	

Zostałam/em poinformowana/y o rodzaju wykonywanego badania i jego możliwych wynikach oraz konsekwencjach. Wyrażam zgodę na wykonanie badania.

Miejscowość: ..... Data: ..... Podpis pacjenta: .....

Pacjent został poinformowany o celu i szczegółach dotyczących rodzaju badania oraz możliwych wynikach i potencjalnych konsekwencjach, które będą wymagały właściwej interpretacji.

.....  
Podpis i pieczęć lekarza kierującego