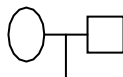




**ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΜΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ**

Όνοματεπώνυμο – Πατρώνυμο	Ημερομηνία Γέννησης / ΑΜΚΑ
Ημερομηνία Ελέγχου	Καταγωγή Γονέων Μητέρα: Πατέρας
Είδος δείγματος	Κωδικός δείγματος (συμπληρώνεται στο εργαστήριο)
Τηλέφωνο/Διεύθυνση ασθενούς	Κλινική/Γιατρός/Νοσοκομείο προέλευσης Δείγματος/ Τηλ. Επικοινωνίας Ιατρού

**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ-ΓΕΝΕΑΛΟΓΙΚΟ ΔΕΝΤΡΟ**



ΑΙΤΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ \_\_\_\_\_

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ \_\_\_\_\_

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ \_\_\_\_\_

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ \_\_\_\_\_

ΆΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ \_\_\_\_\_

**ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (σημειώστε √)(μετά από συνεννόηση)**

Έλεγχος για σ. Αντίστασης στα Ανδρογόνα (Αλληλούχηση γονιδίου AR, exons 1-8)	
Έλεγχος για σ. Swyer ( Αλληλούχηση γονιδίου SRY περιοχή HMG)	
Ανίχνευση μικροελλειμμάτων περιοχής AZF	
MLPA (MRC Kit P185) (περιλαμβάνει τα γονίδια NR0B1 (DAX1), SOX9, SRY, WNT4 NR5A1, CYP21A2 και CYP21A1P)	

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

**[Υπογράφεται από τον ασθενή (ενήλικες) ή τον κηδεμόνα (ανήλικα)]**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η \_\_\_\_\_ συγκατατίθεμαι στη διενέργεια της γενετικής εξέτασης \_\_\_\_\_ για εμένα ή το τέκνο μου \_\_\_\_\_ και δηλώνω ενυπόγραφα ότι:

**1.** Έχω ενημερωθεί επαρκώς για την εξέταση, σε ότι αφορά τις δυνατότητες της, τον χρόνο διεκπεραίωσης και το κόστος καθώς και ότι περιορίζεται μόνο στη συγκεκριμένη πάθηση για την οποία γίνεται ο έλεγχος και δεν παρέχει άλλες πληροφορίες για την υγεία.

**2.** Έχω κατανοήσει ότι:

**α.** Οι γενετικές εξετάσεις είναι αρκετά πολύπλοκες και ευαίσθητες και έχουν πιθανότητα σφάλματος ή μη διαγνωστικής απάντησης λόγω διάφορων αιτιών (π.χ. ποιότητα και ταυτότητα δείγματος, σπάνια γενετικά φαινόμενα κ.α.) όπως σημειώνεται και στην έκθεση αποτελεσμάτων της εξέτασης.

**β.** Πληροφορίες περί των ευρημάτων/αποτελεσμάτων (παθολογικών ή φυσιολογικών) δεν παρέχονται τηλεφωνικώς.

**γ.** Τα αποτελέσματα διατίθενται μόνο γραπτώς και για την αποφυγή παρερμηνειών η τελική έκθεση γενετικού ελέγχου θα δίνεται:

**I. Σε εμένα.**

- Δια ζώσης
- Με ηλ. ταχυδρομείο (e-mail) \_\_\_\_\_
- Με τηλεμοιότητα (fax) \_\_\_\_\_
- Με ταχυδρομείο \_\_\_\_\_
- Με Ταχυμεταφορά (courier) με δική μου χρέωση

**II. Στον παραπέμποντα ιατρό (Ονοματεπώνυμο) \_\_\_\_\_**

- Με ηλ. Ταχυδρομείο (email) \_\_\_\_\_
- Με τηλεμοιότητα (fax) \_\_\_\_\_

**III. Σε εξουσιοδοτημένο πρόσωπο**

- Ονοματεπώνυμο \_\_\_\_\_ ΑΔΤ \_\_\_\_\_

**δ.** Υποχρεούμαι να παραλάβω την έκθεση αποτελεσμάτων άμεσα (και το συντομότερο δυνατό) μετά από ενημέρωση για την ολοκλήρωση της εξέτασης.

**ε.** Σε κάθε περίπτωση μετά την ολοκλήρωση του εργαστηριακού ελέγχου, παρέχεται η δυνατότητα γενετικής συμβουλευτικής στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής σε συνάρτηση με το ιστορικό και την κλινική εικόνα.

**στ.** Το Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής δεν φέρει καμία ευθύνη για οποιοδήποτε λόγο, αιτία ή/και άλλο μη ιατρικό ζήτημα ήθελε προκύψει κατόπιν γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων στην οικογένεια.

**3.** Διατηρώ το δικαίωμα της «λήθης» του ιατρικού μου φακέλου το οποίο οφείλω να γνωστοποιήσω εγγράφως στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής

Ημερομηνία \_\_\_\_\_ Υπογραφή \_\_\_\_\_

*Αποδέχομαι να παραχωρήσω στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής το δικαίωμα περαιτέρω επεξεργασίας του παρόντος βιολογικού υλικού και των ευρημάτων για επιστημονική αξιοποίηση, υπό την προϋπόθεση ότι πληρούνται οι εκάστοτε νομοθετικές διατάξεις περί ανωνυμίας και προστασίας προσωπικών δεδομένων. Διατηρώ όμως το δικαίωμα έγγραφης άρσης της παρούσης συγκατάθεσης ανά πάσα στιγμή*

Ναι       Όχι      Ημερομηνία      Υπογραφή

**Το παρόν συμπληρώνεται από τον ιατρό που παραπέμπει ή το άτομο που παραλαμβάνει το δείγμα**

Έχω δώσει και εξηγήσει στον ενδιαφερόμενο πληροφορίες για την φύση του συγκεκριμένου γενετικού ελέγχου και έχω απαντήσει στα ερωτήματα του.

Ονοματεπώνυμο \_\_\_\_\_

Ημερομηνία

Υπογραφή – Σφραγίδα Ιατρού