



**ΕΛΕΓΧΟΣ ΦΟΡΕΙΑΣ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ**  
**ΜΕ ΑΝΑΛΥΣΗ DNA ΚΑΙ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟ**

<input type="checkbox"/> Κυστική Ίνωση (Cystic Fibrosis, CF)	<input type="checkbox"/> Νωτιαία Μυϊκή Ατροφία (Spinal Muscular Atrophy, SMA)
<input type="checkbox"/> Σύνδρομο Ευθραύστου Χ (Fragile X)	<input type="checkbox"/> Καρυότυπος <input type="checkbox"/> Άλλο*.....
Όνοματεπώνυμο	
Ημερομηνία Γέννησης ΑΜΚΑ	
Ημερομηνία Ελέγχου	
Είδος δείγματος (πχ ολικό αίμα, επιθηλιακά κύτταρα)	
Καταγωγή** (καταγωγή γονέων, Νομός)	
Αιτία ελέγχου	<input type="checkbox"/> Πρόληψη <input type="checkbox"/> Θετικό οικογενειακό ιστορικό
Περιγραφή θετικού ιστορικού; (συγγενική σχέση με πιθανό ασθενή ή φορέα)	
Παραπέμπων ιατρός**	
Τηλ./Διεύθυνση ασθενούς	
Τρόπος χρέωσης	
# Αριθμός δείγματος (συμπληρώνεται στο εργαστήριο)	

\*Συμπληρώνεται σε περιπτώσεις που υπάρχει στην οικογένεια γνωστό γενετικό νόσημα για το οποίο παρέχεται δυνατότητα ελέγχου φορείας.

\*\*Συμπληρώνεται προαιρετικά

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ (υπογράφεται από τον εξεταζόμενο)**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ..... συγκατατίθεται στη διενέργεια της γενετικής εξέτασης **ΕΛΕΓΧΟΣ**

**ΓΙΑ:**  Κυστική Ίνωση  Νωτιαία Μυϊκή Ατροφία  Σύνδρομο Ευθραύστου Χ  Καρυότυπο  Άλλο (.....)

και δηλώνω ευπρόσφρα ότι:

- Έχω ενημερωθεί και κατανοήσι πλήρως τις δυνατότητες, τον χρόνο διεκπεραίωσης και το κόστος των εξετάσεων και αποδέχομαι ότι:
  - περιορίζονται μόνο στη διερεύνηση φορέας για τα συγκεκριμένα νοσήματα ή για πιθανές αριθμητικές και δομικές χρωμοσωμικές ανωμαλίες που μπορούν να εντοπιστούν με τη μέθοδο ζώνωσης G (G- banding).
  - μπορεί, σπάνια, να αποκαλυφθούν ευρήματα που πιθανώς χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης ή σχετίζονται με καταστάσεις που αφορούν την υγεία μου και μέχρι σήμερα αγνοούσα.
- Έχω ενημερωθεί, κατανοήσι πλήρως και αποδέχομαι ότι σε όλες τις γενετικές εξετάσεις υπάρχει μικρή πιθανότητα σφάλματος ή και αδυναμία διάγνωσης, λόγω διαφόρων αιτιών (ποιότητα και δηλωθείσα ταυτότητα δείγματος ή και σπάνια γενετικά φαινόμενα όπως γενετικός ανασυνδυασμός, σωματικός μωσαϊκισμός κ.α).
- Έχω ενημερωθεί και κατανοήσι πλήρως ότι στην περίπτωση που πραγματοποιούνται περισσότερες από μια εξετάσεις φορέας, τα αποτελέσματα θα μου δοθούν εφόσον έχουν ολοκληρωθεί όλες οι εξετάσεις.
- Έχω ενημερωθεί και κατανοήσι πλήρως ότι μετά την ολοκλήρωση του εργαστηριακού ελέγχου, τα αποτελέσματα θα μου δοθούν από γενετιστή, κατόπιν ραντεβού. Στην περίπτωση που είμαι φορέας, ο γενετιστής θα με ενημερώσει για τους συμπληρωματικούς ελέγχους που ενδεχομένως απαιτούνται σε εμένα ή και τον/την σύντροφό μου ώστε να εκτιμηθεί ο κίνδυνος μεταβίβασης στα τέκνα μας των νοσημάτων/καταστάσεων που ελέγχθηκαν, καθώς και για τις αναπαραγωγικές επιλογές που έχουμε. Θα με ενημερώσει επίσης, για τους πιθανούς κινδύνους ή επιπτώσεις στην δική μου υγεία από την φορεία που εντοπίστηκε και θα συζητήσουμε όλες τις απορίες και προβληματισμούς που θα προκύψουν.
- Έχω ενημερωθεί, κατανοήσι πλήρως και αποδέχομαι ότι το Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής δεν φέρει καμία ευθύνη για οποιαδήποτε επίπτωση, ιατρικό ή μη ιατρικό ζήτημα, μπορεί να προκύψει σε εμένα ή και την οικογένεια μου, από την γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων.
- Διατηρώ το δικαίωμα της «λήθης» του ιατρικού μου φακέλου και έχω κατανοήσι ότι οφείλω να το γνωστοποιήσω εγγράφως με αίτηση, στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής.

Η τελική έκθεση των αποτελεσμάτων θα δοθεί κατά περίπτωση και μετά από συνεννόηση με το εργαστήριο:

I. Σε εμένα δια ζώσης ή με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο e-mail: .....

II. Στον Παραπέμποντα Ιατρό .....

III. Σε τρίτο πρόσωπο με έγγραφη εξουσιοδότηση: Ονοματεπώνυμο..... ΑΔΤ .....

Ημερομηνία.....

Υπογραφή.....

**Αποδέχομαι να παραχωρήσω στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής το δικαίωμα περαιτέρω επεξεργασίας του βιολογικού μου υλικού και των ευρημάτων των γενετικών ελέγχων για επιστημονική/επιδημιολογική 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 αρμόδιο παραπέμποντα Ιατρό ή το μέλος του Εργαστηρίου Ιατρικής Γενετικής που ανέλαβε την ενημέρωση**

ΦΟΡΕ

Έχω δώσει στον ενδιαφερόμενο όλες τις πληροφορίες για τη φύση και τη χρησιμότητα των συγκεκριμένων γενετικών ελέγχων και έχω απαντήσει σε όλα τα ερωτήματα και τις απορίες του.

Ονοματεπώνυμο ..... Ιδιότητα.....

Ημερομηνία .....

Υπογραφή.....