



**Έλεγχος DNA για Νόσο Wilson (γονίδιο ATP7B, Ηπατοφακοειδής εκφύλιση)**

<b>Όνοματεπώνυμο – Πατρώνυμο</b>	
<b>Ημερομηνία Γέννησης / ΑΜΚΑ</b>	
<b>Ημερομηνία Ελέγχου</b>	
<b>Φύλο</b>	
<b>Καταγωγή (τόπος γέννησης, καταγωγή γονέων)</b>	
<b>Είδος δείγματος (ολικό αίμα, αμνιακό υγρό, τροφβλάστη, επιθηλιακά κύτταρα)</b>	
<b>Αιτία ανίχνευσης μεταλλάξεων Φαινότυπος ασθενούς*</b> *Σύντομο ιστορικό και η μέχρι σήμερα πορεία του ασθενούς	
<b>Υπάρχουν συγγενείς με Νόσο Wilson; (ονοματεπώνυμο ασθενούς και συγγενική σχέση)</b>	
<b>Κλινική/Γιατρός/Νοσοκομείο προέλευσης Δείγματος</b>	
<b>Τηλ./Διεύθυνση ασθενούς</b>	
<b>Τρόπος χρέωσης</b>	
<b># Αριθμός δείγματος # (συμπληρώνεται στο εργαστήριο)</b>	

\* Παρακαλώ συμπληρώστε και το έντυπο με τα κλινικά στοιχεία του ασθενούς στα πεδία για τα οποία υπάρχουν πληροφορίες

<b>Ηλικία κατά τη διάγνωση</b>	
<b>Ηλικία τελευταίας εξέτασης</b>	
<b>Σερουλοπλασμίνη ορού</b>	
<b>Χαλκός ορού</b>	
<b>Χαλκός ούρων</b> (πριν και μετά φόρτιση με πενικιλλαμίνη)	
<b>Δακτύλιοι Kayser-Fleischer</b> (ύπαρξη ή όχι)	
<b>Αποτέλεσμα βιοψίας ήπατος</b>	
<b>Συγκέντρωση χαλκού στο ήπαρ ανά gr ξηρού ιστού</b>	
<b>Θεραπεία</b>	
<b>Άλλα Σχόλια</b>	

**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 τηλεμοιότυπο (fax) \_\_\_\_\_

Με ταχυδρομείο \_\_\_\_\_

Με Ταχυμεταφορά (courier) με δική μου χρέωση

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

Με ηλ. Ταχυδρομείο (email) \_\_\_\_\_

Με τηλεμοιότυπο (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