



## ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΜΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΜΙΤΟΧΟΝΔΡΙΑΚΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο\*: ..... Ημερομηνία:.....  
Ημ/νία γέννησης - ΑΜΚΑ:..... Είδος δείγματος:.....  
Όνομα & καταγωγή πατέρα:..... Κωδ. δείγματος:.....  
(συμπληρώνεται στο εργαστήριο)  
Όνομα & καταγωγή μητέρας:..... Παραπέμπων ιατρός  
Διεύθυνση ασθενούς:..... Ονομ/μο:.....  
..... Νοσ/μείο:.....  
Τηλ:..... Τηλ:.....  
\*Λατινικοί χαρακτήρες στα ξενικά ανθρωπωνύμια

Γενεαλογικό δένδρο



### Κλινικές πληροφορίες & λοιπός εργαστηριακός έλεγχος

Αιτία ελέγχου:.....  
.....  
.....  
Οικογενειακό ιστορικό:.....  
.....  
Γαλακτικό / πυροσταφυλικό (πλάσματος/ENY): .....  
Αμινόγραμμα (πλάσματος/ENY):.....  
Οργανικά οξέα ούρων:.....  
Βιοψία μυός (RRF/COX):.....  
Ηλεκτρομυογράφημα:.....  
Καρδιολογικός έλεγχος:.....  
Ακουολογικός έλεγχος:.....  
Οφθαλμολογικός έλεγχος:.....  
Απεικονιστικός έλεγχος (MRI/CT):.....

### Αιτούμενη εξέταση (μετά από συνεννόηση)

- |                          |  |                            |
|--------------------------|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>LHON</b> (Leber hereditary optic neuropathy)  |                            |
| <input type="checkbox"/> | <b>MELAS</b> (Mitochondrial encephalomyopathy, lactic acidosis & stroke-like episodes) |                            |
| <input type="checkbox"/> | <b>MERRF</b> (Myoclonic epilepsy with ragged red fibers)                               |                            |
| <input type="checkbox"/> | <b>MIDD</b> (Maternally inherited diabetes & deafness)                                 |                            |
| <input type="checkbox"/> | <b>NARP</b> (Neuropathy, ataxia and retinitis pigmentosa)                              |                            |
| <input type="checkbox"/> | <b>MILS</b> (Maternally inherited Leigh syndrome)                                      |                            |
| <input type="checkbox"/> | <b>CPEO</b> (Chronic progressive external ophthalmoplegia)                             | } mtDNA Deletion Syndromes |
| <input type="checkbox"/> | <b>KSS</b> (Kearns-Sayre syndrome)   |                            |
| <input type="checkbox"/> | <b>PS</b> (Pearson syndrome)   |                            |
| <input type="checkbox"/> | <b>Άλλο:</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 ότι:

1. Έχω ενημερωθεί επαρκώς για την εξέταση αναφορικά με τις δυνατότητες, το χρόνο διεκπεραίωσης και το κόστος της, καθώς και ότι περιορίζεται στη συγκεκριμένη μόνο πάθηση για την οποία γίνεται ο έλεγχος και δεν παρέχει άλλες πληροφορίες για την υγεία.
2. Έχω κατανοήσει ότι:
  - α. Οι γενετικές εξετάσεις είναι πολύπλοκες και ευαίσθητες και έχουν πιθανότητα σφάλματος ή μη διαγνωστικής απάντησης, λόγω διαφόρων αιτιών (π.χ. ποιότητα και ταυτότητα δείγματος, σπάνια γενετικά φαινόμενα κ.ά.) όπως σημειώνεται και στην έκθεση αποτελεσμάτων της εξέτασης.
  - β. Πληροφορίες περί των ευρημάτων/αποτελεσμάτων (παθολογικών ή φυσιολογικών) δεν παρέχονται τηλεφωνικά. Τα αποτελέσματα του γενετικού ελέγχου, εξαιτίας της ιδιαιτερότητάς τους ως «ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα» (Κανονισμός ΕΕ 2016/679) και για την αποφυγή παρερμηνειών, διατίθενται μόνο γραπτώς και η έκθεση του γενετικού ελέγχου θα δίνεται:
    - Σε εμένα δια ζώσης (μετά από συνεννόηση για ραντεβού)
    - Στον παραπέμποντα ιατρό (ονοματεπώνυμο) .....  
Με ηλ/κό ταχυδρομείο (email) .....
    - Με τηλεμοιότυπο (fax) .....
    - Σε εξουσιοδοτημένο πρόσωπο (μετά από συνεννόηση)  
Ονοματεπώνυμο .....
    - ΑΔΤ.....
  - γ. Μετά την ολοκλήρωση του εργαστηριακού ελέγχου, παρέχεται η δυνατότητα γενετικής συμβουλευτικής στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, σε συνάρτηση με το ιστορικό και την κλινική εικόνα.
  - δ. Το Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής δεν φέρει καμία ευθύνη για οποιοδήποτε μη ιατρικό ζήτημα ή θελε προκύψει μετά τη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων στην οικογένεια.
3. Διατηρώ το δικαίωμα «λήθης» του ιατρικού μου φακέλου, που υλοποιείται μετά την υποβολή σχετικού εγγράφου αιτήματος προς στη Γραμματεία του Εργαστηρίου 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 των προσωπικών δεδομένων. Διατηρώ το δικαίωμα άρσης της παρούσας συγκατάθεσης, που υλοποιείται μετά την υποβολή σχετικού εγγράφου αιτήματος προς τη Γραμματεία του Εργαστηρίου Ιατρικής Γενετικής.

**Ναί**  
Ημερομηνία .....

**Όχι**  
Υπογραφή .....

**Συμπληρώνεται από τον παραπέμποντα ιατρό**

Έχω ενημερώσει τον ασθενή/κηδεμόνα για τη φύση και τη σκοπιμότητα του συγκεκριμένου γενετικού ελέγχου.

Ημερομηνία .....

Υπογραφή & Σφραγίδα .....