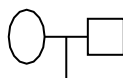




ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΜΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

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

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ-ΓΕΝΕΑΛΟΓΙΚΟ ΔΕΝΤΡΟ



ΑΙΤΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ _____

ΠΡΩΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ(ΕΝΑΡΞΗ) _____

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ _____

ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ _____

ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΣ (αν έχει προηγηθεί/επισυνάπτεται το πόρισμα): _____

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ / ΣΠΑΣΜΟΙ: _____

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ / ΗΕΓ: _____

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: _____

ΑΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ: _____

ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (σημειώστε ν)(μετά από συνεννόηση)

<input type="checkbox"/> Σύνδρομο Εύθραυστου Χ <input type="checkbox"/> FXTAS: Fragile X Related Tremor Ataxia Syndrome <input type="checkbox"/> FXPOI: Fragile X related Premature Ovarian Insufficiency <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Triplet PCR (διευρυμένος έλεγχος)	<input type="checkbox"/> Σύνδρομο Rett (or Rett like) MECP2 <input type="checkbox"/> Αλληλούχηση <input type="checkbox"/> MLPA FOXP1 <input type="checkbox"/> Αλληλούχηση <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Σύνδρομο Prader Willi (έλεγχος μεθυλίωσης) <input type="checkbox"/> Σύνδρομο Prader Willi (ανάλυση σύνδεσης)	
<input type="checkbox"/> Σύνδρομο Angelman (έλεγχος μεθυλίωσης) <input type="checkbox"/> Σύνδρομο Angelman (ανάλυση σύνδεσης) <input type="checkbox"/> Σύνδρομο Angelman (αλληλούχηση UBE3A)	ARX <input type="checkbox"/> Αλληλούχηση <input type="checkbox"/> (triplet repeats)
<input type="checkbox"/> ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ	Επιληπτική Εγκεφαλοπάθεια (ΜΟΝΟ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΣΥΝΝΕΝΟΗΣΗ) POLG1 <input type="checkbox"/> Αλληλούχηση

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 μετά από συνεννόηση.

Δια ζώσης

Με ηλ. ταχυδρομείο (e-mail) _____

Με τηλεομοιότυπο (fax) _____

Με ταχυδρομείο _____

Με Ταχυμεταφορά (courier) με δική μου χρέωση

II. Στον παραπέμποντα ιατρό (Ονοματεπώνυμο) _____

Με ηλ. Ταχυδρομείο (email) _____

Με τηλεομοιότυπο (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 ή θελε 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