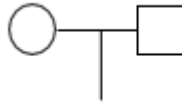


ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΜΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΜΥΚΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ		ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	
ΑΜΚΑ			
ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΓΟΝΕΩΝ ΜΗΤΕΡΑ: ΠΑΤΕΡΑΣ:	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΑΡ ΙΑΤΡΟΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ	
E-MAIL:			

ΓΕΝΕΑΛΟΓΙΚΟ ΔΕΝΔΡΟ



ΑΙΤΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ _____

ΠΡΩΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ (ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ) _____

CRK (τιμές) _____

ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΒΑΔΙΣΗ (Ηλικία έναρξη) _____

ΨΕΥΔΟΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ? ΠΤΕΡΥΓΟΕΙΔΗΣ ΩΜΟΠΛΑΤΗ _____

ΒΙΟΨΙΑ ΜΥΟΣ (επισυνάπτεται το πόρισμα): _____

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΧΟΣ (επισυνάπτεται το πόρισμα) _____

ΑΚΟΥΟΛΟΓΙΚΟΣ/ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: _____

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ΗΜΓ, ΜΡΙ) _____

ΑΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ: _____

ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ DNA ΓΙΑ:

<input type="checkbox"/> ΔΥΣΤΡΟΦΙΝΟΠΑΘΕΙΑ (DMD/BMD)	<input type="checkbox"/> ΜΥΟΤΟΝΙΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ 1 (DM1)
<input type="checkbox"/> ΝΩΤΙΑΙΑ ΜΥΙΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ ΤΥΠΟΥ I, II, III	<input type="checkbox"/> ΜΥΟΤΟΝΙΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ 2 DM2/PROMM)
<input type="checkbox"/> CRTII (ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΜΥΟΣΦΑΙΡΙΝΟΥΡΙΑ)	<input type="checkbox"/> ΣΥΓΓΕΝΗ ΜΥΟΤΟΝΙΑ (BECKER/THOMSEN)
<input type="checkbox"/> ΟΦΘΑΛΜΟΦΑΡΥΓΓΙΚΗ ΜΥΙΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ	



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 ανάλυση DNA για _____ για εμένα
ή το τέκνο μου _____ και δηλώνω ενυπόγραφα ότι:

- 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.
- Έχω κατανοήσει ότι:
 - 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.
 - Πληροφορίες περί των ευρημάτων/αποτελεσμάτων (παθολογικών ή φυσιολογικών) δεν παρέχονται τηλεφωνικώς. Τα αποτελέσματα του γενετικού ελέγχου εξαιτίας της ιδιαιτερότητάς τους «ως ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα» (Ευρωπ Κανον 2016/679) και για την αποφυγή παρερμηνειών διατίθενται μόνο γραπτώς και η τελική έκθεση γενετικού ελέγχου θα δίνεται:

Σε εμένα δια ζώσης (και μετά από συνεννόηση για ραντεβού)

Στον παραπέμποντα ιατρό (Ονοματεπώνυμο) _____

Με ηλ. Ταχυδρομείο (email) _____

Με τηλεομοιότυπο (fax) _____

Σε εξουσιοδοτημένο πρόσωπο μετά από συνεννόηση με το Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής

Ονοματεπώνυμο _____ ΑΔΤ _____

- 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.
- 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.
- 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 ενδιαφέροντα πληροφορίες για τη φύση του συγκεκριμένου ελέγχου και έχω απαντήσει στα ερωτήματά του.

Ονοματεπώνυμο ιατρού -----

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα