



Gliwice, dnia .....

.....  
imię i nazwisko

## Deklaracja przystąpienia do badań dziedzicznej podatności na choroby nowotworowe

Wyrażam świadomą zgodę na pobranie 10 ml krwi oraz na udzielenie niezbędnych informacji w celu wykonania badań genetycznych. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanych badań genetycznych.

.....  
podpis osoby badanej

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych uzyskanych w wyniku do badań naukowych z zastrzeżeniem, iż informacja o wyniku badania genetycznego jest poufna i nie może zostać ujawniona osobie trzeciej bez mojej zgody wyrażonej na piśmie. Oświadczam jednocześnie, iż zostałem(am) poinformowany(a) o celu i zakresie przetwarzania oraz wykorzystywania moich danych osobowych (podstawa prawna: ustawa o ochronie danych osobowych (Dz. U. z roku 1997 nr 133, poz. 883).

.....  
podpis osoby badanej

Cel badania\*: wykrycie mutacji genów .....  
predysponujących do rozwoju nowotworów dziedzicznych.

Proszę mnie poinformować o wyniku testu genetycznego

tak

nie

\* wypełnia lekarz

**Dane osobowe pacjenta:**

imię i nazwisko .....

nazwisko rodowe .....

PESEL .....

data urodzenia .....

Adres (do korespondencji) .....

.....

Telefon .....

Geograficzne pochodzenie rodziny ojca .....

(województwo)

Geograficzne pochodzenie rodziny matki .....

(województwo)

\* Rodzaj badanego materiału .....

\* Probant (pierwszy członek rodziny zgłaszający się do poradni genetycznej) 1

krewny 2

\* Nr rodziny, imię i nazwisko probanta oraz stopień pokrewieństwa

(wypełnić w przypadku zakreślenia kwadratu 2 w poprzednim punkcie)

.....

\* Diagnoza i data diagnozy

.....

.....

.....

.....

.....  
\* wypełnia lekarz

## Informacja o rodzinie

### 1. Rodzice:

Rok urodzenia    Jeżeli nie żyje - podać wiek i przyczynę zgonu

matka:		
ojciec:		

### 2. Rodzice matki:

Rok urodzenia    Jeżeli nie żyje - podać wiek i przyczynę zgonu

matka:		
ojciec:		

### 3. Rodzice ojca:

Rok urodzenia    Jeżeli nie żyje - podać wiek i przyczynę zgonu

matka:		
ojciec:		

### 4. Dzieci:

Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Jeżeli nie żyje - podać wiek i przyczynę zgonu

### 5. Rodzeństwo:

Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Jeżeli nie żyje - podać wiek i przyczynę zgonu

### 6. Rodzeństwo matki:

Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Jeżeli nie żyje - podać wiek i przyczynę zgonu

### 7. Rodzeństwo ojca:

Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Jeżeli nie żyje - podać wiek i przyczynę zgonu

## Wywiad rodzinny (choroby nowotworowe)

Lp.	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Rozpoznanie	Wiek w momencie rozpoznania choroby	Zgon (wiek)	Stopień pokrewieństwa*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

\* stopień pokrewieństwa proszę określać jako: np. matka, ojciec, siostra, brat, córka, syn, siostra matki, córka siostry matki, matka matki, matka ojca, siostra ojca, brat ojca, ojciec ojca, syn brata ojca itd.