

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA WYKONANIE SPECJALISTYCZNEGO BADANIA  
PLACENTOLOGICZNEGO Z RAPORTEM KLINICZNYM RYZYKA CIĘŻKICH POWIKŁAŃ CIAŻY  
I CHOROÓB MATKI W PRZYSZŁOŚCI**

NAZWISKO		IMIĘ	
PESEL		DATA URODZENIA	
Rodzaj materiału:	<b>popłód</b>		

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie mojego materiału tkankowego obejmującego łożysko z błonami płodowymi i pępowiną w celu oceny placentologicznej, mającej na celu analizę budowy i funkcji popłodu z punktu widzenia prawidłowości rozwoju odnośnej ciąży, potencjalnego wpływu na ciążę przyszłą i oceny potencjalnego ryzyka innych chorób, w tym układu sercowo-naczyniowego.

**Wyrażenie zgody jest niezbędne do przeprowadzenia badań diagnostycznych.**

Zostałem poinformowana/ny, że:

- Oceniany materiał wykorzystany zostanie wyłącznie do wykonania diagnostyki placentologicznej.
- Bloczki parafinowe z ocenianego materiału będą przechowywane zgodnie z odnośnymi przepisami.
- W niektórych sytuacjach wynik badania może być niediagnostyczny lub niejednoznaczny.  
**W takich sytuacjach wynik badania zostanie wydany z adnotacją o niepełnej diagnostyczności materiału, a preparaty hist.-pat. lub bloczki parafinowe zostaną poddane ponownemu badaniu po wprowadzeniu nowych metod diagnostycznych, umożliwiających uzyskanie w pełni diagnostycznego wyniku.**
- W przypadku, gdy dane kliniczne zawarte w Skierowaniu są inne niż deklarowane, wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany za co wykonujący badanie i raport nie ponoszą odpowiedzialności
- Wynik badania i materiał histopatologiczny będą przechowywane zgodnie z odnośnymi przepisami i mogą być anonimowo wykorzystane do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat placentologicznej diagnostyki chorób płodu/novorodka i/lub matki.
- Jeżeli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania wcześniej nie rozpoznanej choroby lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju, wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w skierowaniu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE- (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych Dz. Urz. UE L 119, s.1)
- Dane do wysyłki badania:

NAZWISKO		IMIĘ	
ULICA		NR DOMU/MIESZKANIA	
MIASTO		KOD POCZTOWY	
e-mail		telefon	

**Zostałam/em poinformowana/o o rodzaju wykonywanego badania i jego możliwych wynikach oraz konsekwencjach. Wyrażam zgodę na wykonanie badania.**

Miejscowość: ..... Data: ..... Podpis pacjenta: .....

Pacjent został poinformowany o celu i szczegółach dotyczących rodzaju badania oraz możliwych wynikach i potencjalnych konsekwencjach, które będą wymagały właściwej interpretacji.

.....  
*Podpis i pieczętka lekarza kierującego*