

## Изявление за информирано съгласие

(Моля, попълнете ясно и четливо, като подчертаете отговорите, подходящи за Вас)

Име на пациента .....  
ЕГН .....  
Адрес .....  
Телефон за контакт/електронен адрес .....  
Име на лекаря, на когото се предоставя съгласието .....  
Лечебно заведение .....

Аз, ..... (име на пациента), прочетох/или ми бе прочетено от ..... (имената на Законния представител) предоставеното информирано съгласие и потвърждавам, че напълно разбирам посочената по-горе информация относно PANORAMA™ неинвазивен пренатален тест.

Имах възможността свободно да задавам въпроси към моя наблюдаващ лекар д-р ..... (име на лекаря) по отношение на PANORAMA™ неинвазивен пренатален тест, включително и не само за целта и обхвата на теста, неговите индикации и контраиндикации, надеждността му, рисковете при провеждането му, срокът за изпълнението му, ограниченията му и алтернативните подходи за пренатална диагностика, преди да дам моето изрично съгласие за провеждане на изследването.

Заявявам желанието си и възлагам на лаборатория Natera да анализира моята/моите проба(и) за хромозомните аномалии в избрания от мен пакет PANORAMA™ неинвазивен пренатален тест. Наясно съм, че трябва да подпиша лично и “Направление за провеждане на PANORAMA™ неинвазивен пренатален тест”, която ще придружава пробите за анализ.

Избраният от мен пакет PANORAMA™ неинвазивен пренатален тест е:

<b>PANORAMA™</b> основен пакет анализира хромозоми 13, 18, 21, X и Y и триплоидия	ДА/НЕ
<b>PANORAMA™</b> разширен пакет анализира хромозоми 13, 18, 21, X и Y, триплоидия и микроделеция 22q11.2;	ДА/НЕ
<b>PANORAMA™</b> пълен пакет анализира хромозоми 13, 18, 21, X и Y, триплоидия и микроделеции 22q11.2, 1p36 и Синдромите на Кри дю Ша, Ангелман и Прадер-Вили.	ДА/НЕ

Желая да получа информация и за пола на плода от настоящата бременност ДА/НЕ

Декларирам, че подавам верни и точни лични данни. Съгласявам се да дам точна и достоверна информация за фамилната ми обремененост (ако имам информация) и за всички предхождащи тестове, проведени във връзка с настоящата ми бременност, в т.ч. но не само: образни диагностични методи, биохимичен скрининг, други пренатални скриниращи и/или диагностични тестове и други.

Причини, поради които искам извършване на PANORAMA™ неинвазивен пренатален тест:

Възраст над 35 г.	ДА/НЕ
Фамилна обремененост	ДА/НЕ
Ултразвукова находка	ДА/НЕ
Отклонения при биохимичен скрининг	ДА/НЕ
Предходна бременност с установени генетични аномалии	ДА/НЕ
Други .....	

В случай че получа резултат „повишен риск” за дадена генетична аномалия, Аз вземам окончателно решение дали да проведа и какви последващи потвърдителни тестове. Решението за продължаване или прекъсване на бременността при потвърждение на генетична аномалия е изцяло Мое.

Давам съгласие след приключване на изследването моята кръвна проба да бъде  
СЪХРАНЕНА/УНИЩОЖЕНА

Съгласна съм моя резултат от PANORAMA™ неинвазивен пренатален тест да бъде съобщен/изпратен на моят акушер-гинеколог/наблюдаващ лекар ДА/НЕ

Давам съгласие моята кръвна проба в анонимен вид да се използва за научно-изследователски цели, в т.ч но не само, изследвания на горепосочените заболявания; проучване на заболявания, свързани с други хромозоми; за подобряване на диагностиката на тези и други генетични аномалии; за разработване на нови диагностични методи и др. ДА/НЕ

Подписвайки това информирано съгласие също така давам позволения си резултатите от анализа, след преобразуването им в анонимни данни, да бъдат предоставени на трети лица, извършващи дейност в областта на услугите в сферата на здравеопазването, като резултатите ще бъдат използвани единствено и само за статистически цели.

.....  
Подпис на Пациентката, даваща съгласието Дата

.....  
Име, презиме, фамилия на Пациентката (С ГЛАВНИ ПЕЧАТНИ БУКВИ), даваща съгласието

.....  
Подпис на Законен представител (ако има такъв) Дата

.....  
Трите имена на Законния представител

.....  
Подпис на Насочващия лекар, получаващ съгласието Дата

.....  
Трите имена на Насочващия лекар, получаващ съгласието