

Laboratorium Klinische Genetica

استمارة موافقة المريض على إجراء فحص الحمض النووي الموسع (حزمة الجينات (WES \ WGS)

Patient*
First name and surname _____
Street and house number _____
ZIP code and address _____
Date of birth _____
Gender m / f
BSN _____

X-number:

في حالة تحديد تسلسل الجينوم الثلاثي (المريض والوالدين*
. أيضا) وأو أن سن المريض >16 سنة، يمدعي ملء معلومات
يكفي ملء استمارة موافقة واحدة في حالة تحديد تسلسل الجينوم الثلاثي على أن
يوقعها كلا الوالدين

Parent 1 / legal guardian*
First name and surname _____
Street and house number _____
ZIP code and address _____
Date of birth _____
BSN _____

Parent 2 / legal guardian*
First name and surname _____
Street and house number _____
ZIP code and address _____
Date of birth _____
BSN _____

أمنح الموافقة على حفظ وفحص الحمض النووي الخاص بي الخاص بالشخص الذي أمثله قانونيا عن طريق حزمة الجينات وأو تسلسل الإكسوم الكامل (WES) بالنسبة للمرض التالي (WGS) وأو تسلسل الجينوم الكامل:

النتائج الإضافية

- تمت أثناء الاستشارة مناقشة أن يتم الإبلاغ عن النتائج الإضافية بالطريقة التالية:
- يتم الإبلاغ عن الاستعداد الوراثي للإصابة بمرض ما إذا كانت هناك إمكانية لعلاج طبي أو مراقبات.
 - لا يتم الإبلاغ عن الاستعداد الوراثي للإصابة بمرض ما إذا لم تكن هناك إمكانية لعلاج طبي أو مراقبات على أساس المعرفة الحالية.
 - إذا تم التوصل إلى نتيجة إضافية لا تشكل بالنسبة لي احتمالا كبيرا بالإصابة بمرض معين بل بالنسبة لنسلي، فسيتم الإبلاغ بذلك بالفعل.

يملأ فقط من قبل مقدم الطلب عند الحياد عن الاتفاقات أعلاه.

إذا تم وضع اتفاقات أخرى أثناء المقابلة حول الإبلاغ عن النتائج الإضافية، يرجى الإشارة إلى هذه الاتفاقات أدن:
لا يتم الإبلاغ عن الاستعداد الوراثي للإصابة بالمرض إذا كانت هناك إمكانية لعلاج طبي أو مراقبات (=opt-out).
يتم الإبلاغ عن الاستعداد الفطري للإصابة بالمرض إذا لم تكن هناك إمكانية لعلاج طبي أو مراقبات على أساس المعرفة الحالية
في حالة وجود إمكانية العلاج أو المراقبة، فسيتم الإبلاغ عنها بالفعل (=opt-in).
إذا كان هناك احتمال كبير لدى النسل للإصابة بمرض، لا يتم الإبلاغ عن ذلك (=opt-out).

الملاحظات إن وجدت:

Laboratorium Klinische Genetica

معاودة الاتصال في المستقبل

من الممكن أن تتوفر هناك معرفة جديدة في المستقبل والتي من شأنها أن تكون مهمة بالنسبة لك. يمكننا أن أبلغ بنفسني عما إذا كنت أرغب في إعلامي بالمعرفة الجديدة

Make your choice:

يُسمح لقسم الطب الوراثي السريري في المستقبل الاتصال بي لإبلاغي بالمعرفة الجديدة. (May contact me)
لا يُسمح لقسم الطب الوراثي السريري في المستقبل الاتصال بي لإبلاغي بالمعرفة الجديدة. (May not contact me)

أمور عامة والتوقيع

تم إبلاغي بشكل شفهي وخطي أيضا حول فحص الحمض النووي الموسع. أدرك أنه يمكننا في أي وقت من الأوقات تغيير موافقتي أو سحبها.

Sign here

اسم المريض*

توقيع المريض*

توقيع الوالد 1 \ الممثل القانوني*

اسم الوالد 1 \ الممثل القانوني*

توقيع الوالد 2 \ الممثل القانوني*

اسم الوالد 2 \ الممثل القانوني*

التاريخ

*بالنسبة للمرضى البالغه أعمارهم أقل من 12 سنة، لا يحتاج المريض للتوقيع بنفسه، بل يُكتفى بتوقيع (كلا الوالد(ين) \ الممثل(ين) القانوني(ين)). بالنسبة للمرضى البالغه أعمارهم ما بين سن سنة، يوقع (كلا الوالد(ين) \ الممثل(ين) القانوني(ين) والمريض أيضا إذا كان ذلك ممكنا. يجب في حالة تحديد تسلسل الجينوم الثلاثي أن يوقع كلا الوالدين (أيضا).

16 و 12