

Laboratorium Klinische Genetica

استمارة موافقة المريض على إجراء الجيني الشامل

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 *
و/أو المرضى الذين تقل أعمارهم عن 16 عاما، يرجى أيضا ملء معلومات
الوالدين و/أو الممثلين القانونيين.

لأجراء فحص تسلسل الجينوم الثلاثي، يكفي ملء استمارة موافقة واحدة مكتملة،
بشرط توقيع كلا الوالدين عليها.

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 بالنسبة للمرض التالي:

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.
 - إذا تم التوصل إلى نتيجة إضافية لا تشكل بالنسبة لي احتمالا كبيرا بالإصابة بمرض معين بل قد تشير إلى ذلك بالنسبة لنسلي، فسيتم الإبلاغ بذلك.

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

إذا تم وضع اتفاقات أخرى أثناء المقابلة حول الإبلاغ عن النتائج الإضافية، يرجى الإشارة إلى هذه الاتفاقات أدناه:

لا يتم الإبلاغ عن الاستعداد الوراثي للإصابة بالمرض إذا كانت هناك إمكانية لعلاج طبي أو مراقبات (opt-out=).

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 بنفسي 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)

البحث العلمي

يمكن أن يستخدم ما تبقى من المادة الوراثية الخاصة بي وأو الخاصة بطفلي (بدون بيانات شخصية) من أجل البحث العلمي حول مرضي والأمراض المرتبطة به. لا تحصل شخصيا على أي منفعة مباشرة من ذلك. من الممكن في أحيان قليلة أن يعثر الباحث على شيء يكون مهما لصحتك أو لصحة أفراد عائلتك. سيقوم الطبيب عندئذ بإبلاغك بذلك.

Make your choice:

أمنح الموافقة لإجراء البحث العلمي حول مرضي والأمراض المرتبطة به.
لا أمنح الموافقة لإجراء البحث العلمي حول مرضي والأمراض المرتبطة به.

أمور عامة والتوقيع

لقد تم إبلاغي بالبحث الجيني الشامل.
أدرك أنه يمكنني في أي وقت من الأوقات تغيير موافقتي أو سحبها.

Sign here

توقيع المريض*

اسم المريض*

توقيع الوالد 1 \ الممثل القانوني*

اسم الوالد 1 \ الممثل القانوني*

توقيع الوالد 2 \ الممثل القانوني*

اسم الوالد 2 \ الممثل القانوني*

التاريخ

بالنسبة للمرضى البالغة أعمارهم أقل من ١٢ سنة، لا يحتاج المريض للتوقيع بنفسه، بل يُكتفى بتوقيع (كلا الوالد(ين) \ الممثل(ين) القانوني(ين)). بالنسبة للمرضى البالغة أعمارهم ما بين سن 16, 12 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).