



رضایت نامه

پذیرش نمونه خون محیطی جهت آزمایشات سیتوزنتیک و مولکولی

خانواده محترم ؛

بررسی کروموزومی نیازمند حضور سلول‌های زنده و در حال تقسیم در نمونه بالینی است که بتوان آن را در آغاز جهت رشد و تقسیم سلولی کشت داد و مستقیماً و یا پس از یک یا چند دور تقسیم سلول‌ها در مرحله متافاز مورد بررسی کروموزومی قرار داد بنابراین اگر کشت سلولی میسر نگردد، امکان بررسی کروموزومی نیز منتفی می‌شود. در این صورت به تکرار نمونه برداری نیاز می‌باشد.

در مورد بررسی ژن‌های بیماری‌زا باید توجه داشت که نوع ژن درگیر و مداخله‌کننده در بیماری زایی توسط پزشک بالینی مشخص می‌گردد و آزمایشات ژن درخواستی را مطالعه می‌نماید.

اگر به هر دلیلی ژن مورد مطالعه دخیل در بیماری نباشد نمی‌توان علت ژنتیکی بیماری را مشخص نمود.

جهت تکمیل آزمایشات ممکن است آزمایشات نیاز به نمونه‌گیری خون از مراجعه‌کننده و یا نمونه‌گیری خون از والدین و منسوبان داشته باشد که لازم است همکاری مناسب با آزمایشگاه شود. در صورت عدم همکاری احتمال تاخیر در جواب و حتی عدم امکان جوابدهی وجود دارد.

مجموعه کادر پویش تلاش خواهد کرد که در کوتاه‌ترین زمان ممکن جواب آزمایش شما آماده گردد ولی مدت زمان پاسخدهی به آزمایشگاه واگذار می‌گردد.

اینجانب رضایت کامل خود را برای بررسی نمونه ی خود /فرزند خودجهت انجام آزمایشات ژنتیک طبق استانداردهای موجود و ذخیره نمونه اعلام می‌کنم که محدودیت‌های این آزمایش مشکلات احتمالی از قبیل احتیاج به تکرار نمونه و عدم جوابدهی برای اینجانب کاملاً توضیح داده شده و تفهیم گردید. مشخص است که اطلاعات در رابطه با آزمایش اینجانب /فرزند خود محرمانه می‌باشد و فقط به خانواده و پزشک معالج اعلام می‌گردد.

اعلام می‌دارم تمامی اطلاعات مربوط به استفاده از خدمات بیمه ی تامین اجتماعی، خدمات درمان و نیروهای مسلح (در صورت شرایط) برای اینجانبان توضیح داده شد و تا حداکثر سه روز کاری پس از پذیرش اقدامات لازم را انجام خواهیم داد. اینجانب تعهد می‌کنم که تمامی هزینه آزمایش را قبل از دریافت نتیجه پرداخت نمایم .

نام و نام خانوادگی آقا:

امضا و اثر انگشت:

تاریخ :

نام و نام خانوادگی خانم:

امضا و اثر انگشت:

تاریخ :