**ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ І ГЕНЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Прізвище, ім’я, по-батькові пацієнта, чи його законного представника)

Звернувшись за отриманням медичних послуг в ТОВ Клініка репродуктивної медицини «НАДІЯ» даю згоду на проведення моїй дитині \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (Прізвище, ім’я, по-батькові)

генетичного дослідження мого зразка біологічного матеріалу. Я отримав від лікаря інформацію, про генетичне дослідження, в тому числі про мету тестування, його інформативність, ймовірності отримання правильного результату і можливі наслідки тестування (враховуючи інформацію про ризики і можливості практичного використання результатів) для мене і моїх родичів і зрозумів(ла) їх зміст. Я мав(ла) можливість задати всі питання, які мене цікавили, і отримав відповіді, що мене задовольнили. У мене було достатньо часу для прийняття рішення.

Підписуючи даний документ, я погоджуюся на те, що генетичне дослідження буде виконано в Лабораторії ДНК-діагностики ТОВ Клініки репродуктивної медицини «НАДІЯ», (індекс, м.Київ, вул …):

**Я попереджений/на**, що невиконання в повному об’ємі всіх рекомендацій медичного працівника може стати причиною ускладнень і несприятливих наслідків медичного втручання.

Я згоден/на :

* Отримати інформацію про результати генетичного дослідження;
* На зберігання зразка мого генетичного матеріалу в біобанку ТОВ Клініка репродуктивної медицини «НАДІЯ»;
* На використання результатів генетичного дослідження мого (моєї дитини та членів сім’ї) в наукових чи дослідницьких цілях (в тому числі наукових публікаціях), за умови, що це не призведе до розкриття особистої інформації про мене, чи мою дитину;
* На надання додаткової інформації та уточнення даних співробітниками ТОВ Клініка репродуктивної медицини «НАДІЯ»

Прізвище, Ім’я, По-батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Підпис)

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я роз’яснив умови проведення обстеження пацієнту чи його офіційному представнику і відповів на всі питання, що його цікавили.

Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(ПІБ) (Підпис)

ДАТА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_