|  |  |
| --- | --- |
| Toestemmingsformulier(prenataal) genetisch onderzoek | |
|  | |
| Centrum Medische Genetica UZ Gent |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| patiëntgegevens | | | | | | | | | | Vul in of kleef adrema | | |
| voornaam en naam | | |  | | | | | | | | | |
| geboortedatum | |  | | | / |  | / |  |  | |  |  |
|  | | |  |  |  | |  |  |
| adres |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| indien van toepassing: naam van de ouder of voogd | | | | | | | | | | | | |
| voornaam en naam | | | |  | | | | | | | | | |
| adres |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Ik verklaar hierbij dat ik werd voorgelicht door |  |

over het uitvoeren van volgend genetisch onderzoek:

op het bekomen prenataal staal (vruchtwater/vlok):

* Array-CGH (na informatie over de wet op de patiëntenrechten)
  + Met inbegrip van toevallig gevonden veranderingen
* Mucoviscidose
* Spinale Musculaire Atrofie
* Fragiele X syndroom
* Andere......................................................................................................................................

bij mezelf:

* Array-CGH (na informatie over de wet op de patiëntenrechten)
  + Met inbegrip van toevallig gevonden veranderingen
* Dragerschap voor mucoviscidose
* Dragerschap voor Spinale Musculaire Atrofie
* Dragerschap voor Fragiele X syndroom
* Andere: ....................................................................................................................................
* Geen enkel ander genetisch onderzoek zal op het genetisch materiaal uitgevoerd worden zonder mijn toestemming.
* Ik heb het algemeen informatieformulier genetisch onderzoek en het informatieformulier betreft prenataal array-onderzoek gelezen en ben voldoende geïnformeerd over de mogelijkheden en beperkingen van het voorgesteld prenataal genetisch onderzoek.
* Ik heb de mogelijkheid gehad vragen te stellen en heb op mijn vragen antwoorden gekregen die ik voldoende begrijp.
* De resultaten van het genetisch onderzoek zullen mij persoonlijk worden meegedeeld.
* De behandelende artsen die door mij werden opgegeven zullen eveneens van het resultaat op de hoogte worden gebracht.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ik beslis, met de verkregen informatie, zonder enige beïnvloeding het dragerschapsonderzoek te laten uitvoeren. | | | | | | | | | | |
| Naam patiënt, ouder of voogd | | | |  | | | | | | |
| Datum afname |  | / |  | | / | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| Handtekening patiënt, ouder of voogd | | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam partner: | | | | | |  | | | | |
| Datum: |  | | / |  | / | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| Handtekening partner: | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ondergetekende heeft de informatie over een voorspellend of presymptomatisch genetisch onderzoek in  een persoonlijk gesprek en in begrijpbare taal aan de patiënt, ouder of voogd uitgelegd. | | | | | | | | | | |
| Naam zorgverlener | |  | | | | | | | | |
| Datum afname |  | | / | |  | / |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| Handtekening zorgverlener | | | |  | | | | | | |
| In opdracht van verantwoordelijke arts | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

*Opgemaakt in twee exemplaren, waarvoor er één bestemd is voor de patiënt.*