



Genetic Test Consent Form

نموذج موافقة المريض أو وليّ أمره على إجراء الفحص الوراثي

أنا الموقع أدناه / وليّ أمر المريض: _____ والمرفق نسخة
عن إثبات الشخصية لي، أوافق على أخذ عينه المناسبة لغايات التشخيص الطبي الوراثي وذلك لإجراء الفحص أو الفحوصات
المشار إليها التالية:

المسح عن وجود الطفرة (Screening)

تشخيص المرض (Diagnostic)

الكشف عن الشخص الحامل للطفرة (Carrier Detection)

تشخيص الجنين ما قبل الولادة (Prenatal)

فحوصات أخرى (Others): _____

علماً بأن الطبيب المهني أو موظف مختبر الوراثة قد شرح لي أسس إجراء هذه الفحوصات والفوائد والمخاطر المتعلقة بها،
وقد أجاب على جميع إستفساراتي وتفهمت أهمية إجرائها والمحددات لها كالتالي:

- 1) هذا الفحص خاص فقط بالحالة المرضية المذكورة في طلب الفحص من الطبيب المعالج.
- 2) المعلومات السريرية من الطبيب وسيرة العائلة المرضية من أهل المريض ضرورية جداً لإعطاء نتيجة وراثية مثالية.
- 3) مع أن إجراء هذه الفحوصات كوسيلة مهمة لتشخيص المرض إلا أنه في بعض الأحيان لا يُعطي الجواب الكافي لتشخيص الحالة الوراثية المعنّية لذلك المريض.
- 4) مع أن تعيين الطفرة أو تحليل العلاقة المرضية يُمكن أن يُوفّر المعلومات المُحددة بدقة، إلا أنه في بعض الأحيان هناك إمكانية حدوث عدم دقة مثل: (أخطاء في التشخيص السريري والأعراض، معلومات خاطئة عن المريض أو على العينة من أي جهة مُرسلة، تلوث وتلف العينة لعدة أسباب أو غير ذلك).
- 5) بعض المواد المُستعملة للتشخيص لا تزال تُستعمل في الأبحاث العلمية ولهذا السبب يمكن أن يكون لها تأثير على العينات المسحوبة من ناحية الدقة، وفي بعض الأحيان تكون عملية التشخيص المخبري مُعقّدة مما يستوجب أخذ عينة جديدة من المريض أو عائلته لإستكمال الإجراءات المخبرية.
- 6) بعد الإنتهاء من إجراء الفحص وظهور النتيجة (أوافق لا أوافق) على حفظ العينة المُتبقية لدى المختبر، ولا أمانع من استخدامها في الأبحاث العلمية على أن تُزال جميع العلامات الدالة على إسم أو صاحب العينة.
- 7) نتائج الفحص ستُعامل (بسرّية تامة) ولا تُسلّم النتيجة إلا للمريض أو الجهة الطالبة للفحص المخبري فقط.

(شاهد)

(موظف مختبر الوراثة)

(المريض أو وليّ أمره)

الإسم: _____ الإسم: _____ الاسم: _____

التاريخ: _____ التاريخ: _____ التاريخ: _____

صلة القرابة: _____

التوقيع:

التوقيع:

التوقيع: