

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ

Ο σκοπός αυτής της γονιδιακής εξέτασης είναι να προσδιοριστεί εάν έχετε κληρονομήσει κάποια μεταλλαγμένη μορφή γονιδίου που εμπλέκεται στην ανάπτυξη καρκίνου. Θα αναλυθούν γονίδια μεταλλάξεις των οποίων έχουν συσχετισθεί με προδιάθεση για κάποιον τύπο καρκίνου, όπως έχει συμφωνηθεί με βάση το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό. Στο αποτέλεσμα της γονιδιακής εξέτασης θα αναφερθούν όλες οι γονιδιακές παραλλαγές που ανιχνεύθηκαν και θεωρούνται κλινικά σημαντικές. Τα δεδομένα και το βιολογικό δείγμα που δίνονται στο πλαίσιο της εξέτασής σας είναι εξαιρετικά χρήσιμα για την προώθηση της έρευνας στην Ιατρική Ακριβείας και την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών μεθόδων. Στην Ελλάδα συντονιστής φορέας για την ανάπτυξη της Ιατρικής Ακριβείας στην Ογκολογία είναι το «ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», το οποίο στη συνέχεια αναφέρεται απλώς ως «Δίκτυο». Θα σας παρακαλούσαμε να επιτρέψετε στον θεράποντα ιατρό σας να διαβιβάσει τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας και σχετικές πληροφορίες στο Δίκτυο με σκοπό την προώθηση της έρευνας στον τομέα της ιατρικής ακριβείας. Η άδεια που δίνετε στον/στην ..... (Όνομα του οργανισμού ή όνομα ιατρού αν είναι ιδιώτης) επιτρέπει την διαβίβαση πληροφοριών μόνο για επιστημονικό-ερευνητικό σκοπό στην περιοχή της ιατρικής ακριβείας και υπό την προϋπόθεση ότι η ιδιωτικότητά σας δεν κινδυνεύει. Υπεύθυνος επεξεργασίας παραμένει σε κάθε περίπτωση ο/η..... (Όνομα του οργανισμού ή όνομα ιατρού αν είναι ιδιώτης). Τα δεδομένα που θα διαβιβαστούν **δεν περιέχουν το ονοματεπώνυμο σας ή κάποιο άμεσο αναγνωριστικό** και είναι, συγκεκριμένα, τα εξής: Φύλο ασθενούς/Ηλικία/Τύπος διάγνωσης/Ηλικία διάγνωσης/Ατομικό ογκολογικό ιστορικό/Οικογενειακό ογκολογικό ιστορικό/Ημερομηνία λήψης δείγματος

**Οποιαδήποτε στιγμή μπορείτε να τα αποσύρετε.** Τα δεδομένα θα κρατηθούν για όσο χρόνο είναι ερευνητικά αξιοποιήσιμα.

Επιπλέον, η **εξέλιξη της ιατρικής ακριβείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου** θα προαχθεί εάν επιτρέψετε να χρησιμοποιηθεί το **βιολογικό δείγμα** που έχετε δώσει για επιστημονική έρευνα σε αυτόν τον τομέα. Στο πλαίσιο αυτών των ερευνών το βιολογικό δείγμα σας θα χρησιμοποιηθεί μόνο σε συνδυασμό με τα προαναφερθέντα δεδομένα, χωρίς το όνομα ή άλλο άμεσο αναγνωριστικό του δότη. **Οποιαδήποτε στιγμή θα μπορείτε να αποσύρετε την συγκατάθεση σας για την χρήση του βιολογικού δείγματος από το Δίκτυο.**

Το Δίκτυο έχει λάβει όλα τα απαραίτητα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων. Σε περίπτωση που έχετε ερωτήσεις σχετικά με αυτή τη φόρμα ή θελήσετε στο μέλλον να αποσύρετε την συναίνεση σας για την χρήση των δεδομένων, μπορείτε να στείλετε email στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του ..... (Όνομα του οργανισμού) και θα απαντήσουμε το συντομότερο δυνατόν και όχι αργότερα από ένα μήνα.

Συναινείτε στη διάθεση των παραπάνω δεδομένων στο Δίκτυο για την ανάπτυξη της έρευνας στην ιατρική ακριβείας;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Συναινείτε στην διάθεση του βιολογικού σας δείγματος στο Δίκτυο για την ανάπτυξη της έρευνας στην ιατρική ακριβείας;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία Υπογραφής: \_\_\_\_\_