



**OŚWIADCZENIE  
dot. wykonanie testu genetycznego w kierunku płasawicy Huntingtona**

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Adres .....

**Tel. kontaktowy**.....

Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi Clinical Molecular Genetics Society oraz European Molecular Genetics Quality Network:

- wykonanie testu genetycznego w kierunku płasawicy Huntingtona u osoby zdrowej powinno być poprzedzone konsultacją w Poradni Genetycznej;
- nie zaleca się przeprowadzania testu u osób niepełnoletnich bez objawów choroby;
- potwierdzenie molekularne płasawicy Huntingtona u osoby mającej objawy choroby powinno pociągać za sobą skierowanie Pacjenta i jego Rodziny do Poradni Genetycznej;
- zaleca się aby osoba odbierająca wynik badania genetycznego w kierunku płasawicy Huntingtona zgłosiła się po odbiór wyniku testu w towarzystwie osoby bliskiej.

**Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zaleceniach dotyczących testu genetycznego w kierunku płasawicy Huntingtona i wyrażam wolę wykonania testu genetycznego bez uprzedniej konsultacji w Poradni Genetycznej.**

---

DATA i CZYTELNY PODPIS PACJENTA