

**Δήλωση συγκατάθεσης ασθενούς για Κυτταρογενετική ανάλυση Δείγματος ή/και Γενετικό Έλεγχο**  
**Informed Consent for Genetic Testing**

Εξουσιοδοτώ το Εργαστήριο Κυτταρογενετικής του Νοσοκομείου «Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ», να εκτελέσει σε δείγμα που προέρχεται από εμένα, το παιδί ή το έμβρυο μου, (αίμα, μυελός των οστών, ιστός, αμνιακό υγρό, δείγματα χοριακών λάχνων, προϊόντα σύλληψης, βιοψία δέρματος), κυτταρογενετικό ή μοριακό κυτταρογενετικό έλεγχο ή ερευνητικές/επιστημονικές δημοσιεύσεις οι οποίες δε θα περιέχουν κανένα στοιχείο της ταυτότητάς μου.

Έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω την απόφασή μου τηλεφωνώντας στο +35722405182.

Έχω ενημερωθεί για τα δικαιώματά μου βάσει του νέου κανονισμού του Ε.Ε.2016/679.

I authorise the Cytogenetics and Molecular Cytogenetics Department of the Archbishop Makarios III Hospital to use my biologic specimen (blood, bone marrow, tissue, amniotic fluid, chorionic villi , POC, skin biopsy) for Cytogenetics and Molecular Cytogenetics analysis or research purposes after the personal details are removed making the procedure anonymous.

I have the right to refuse at any time by contacting the laboratory at +35722405182.

I have been informed of my rights under the new EU Regulation 2016/679.

<b>Όνομα Ασθενούς Ολογράφως/Patient Printed Name:</b>	<b>Ημερ. Γέννησης/ Birth Date:</b>
<b>Υπογραφή Ασθενούς/ Patient/Guardiant Signature:</b>	<b>Ημερομηνία/Date:</b>

- Τα δείγματα των περιστατικών που έχουν φυσιολογικό καρυότυπο, δεν φυλάσσονται πέραν των 30 ημερών.
- Τα δείγματα με ανώμαλο καρυότυπο, φυλάσσονται μέχρι και 5 έτη.
- Το έντυπο αυτό να παραμένει στο φάκελο του ασθενή
- Normal samples will be disposed within 30 days after testing is complete
- Abnormal samples will be stored up to five years
- **This form remains disclosed in the patient's file record**