

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO GENÉTICO

Yo, _____, entiendo que mi médico ha recomendado el estudio genético para mí y/o mi hijo (nombre del test) _____. Acepto voluntariamente que se me extraiga y/o a mi hijo una muestra para el estudio recomendado por mi médico. Como consecuencia del pinchazo, esto se acompaña de mínimo dolor y ocasionalmente de un pequeño moretón. Algunas personas, muy lábiles a procedimientos de este tipo, pueden sufrir mareos. Estas muestras biológicas serán procesadas mediante las técnicas habituales, y serán utilizadas únicamente para el estudio solicitado. La muestra será utilizada con el objetivo de determinar si yo y/o miembros de mi familia tenemos una mutación(es) en el gen(es) de esta enfermedad. Los resultados pueden indicar estado de afectación, riesgo aumentado de ser afectado en el futuro y/o riesgo reproductivo para la enfermedad. El menor o los menores para los cuales autorizo la recolección de la muestra es/son nombrados a continuación*:

_____. Sexo: F M

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Si hay menores adicionales que se estarán realizando el test por favor marque esta casilla y mencione su nombre, fecha de nacimiento y sexo, en la parte posterior de este consentimiento.

Comprendo que:

- El resultado del estudio puede informar:
 - Un patrón genético que se asocia a una anomalía clínica significativa.
 - No se detecta una anomalía clínica significativa, aunque mi diagnóstico clínico es correcto. Esto podría deberse a que aún no se conozcan todos los genes involucrados en la enfermedad o que la tecnología actual no permita identificar ciertas mutaciones en el gen causante de la enfermedad.
 - Un resultado de significado clínico incierto. Estudios adicionales del paciente y/u otros familiares podrían ser necesarios para ayudar a clarificar este significado clínico.
 - Resultados no esperados. Esto podría ocurrir con estudios de tamizaje utilizados en diferentes regiones genéticas. De estos estudios, se puede obtener información sobre Ud., su hijo o su familia que no esté directamente relacionada al motivo que generó el pedido del estudio.
- La interpretación del estudio puede ser errónea si la relación de parentesco de los miembros de la familia estudiados no es la que se mencionó al profesional.
- Debido a la complejidad de los estudios genéticos y las implicancias de los resultados, éstos solo me serán informados por el profesional que lo solicitó. Se ofrecerá asesoramiento genético de ser necesario. Los resultados son confidenciales y no serán entregados a ningún otro médico o persona que no haya sido autorizado por mí.
- Mi participación en este estudio es voluntaria y mi firma lo avala.
- Recibiré copia de este consentimiento informado.
- Acepto que mi muestra y los resultados del test se puedan utilizar con fines científicos, una vez se elimine toda información personal identificatoria (anonimización). La muestra y los resultados deberán codificarse conforme a la normativa de protección de datos y están sujetos a confidencialidad médica. (Declaración de Helsinki AMM)
SI NO
- Acepto ser informado de los resultados: SI NO

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Aclaración: _____