

Informeret samtykke til targeteret sekventering og/eller exom sekventering

Afdeling _____

Familie nr. _____

Patient

Navn	
Adresse	
By	Postnummer
CPR nr.	Telefon nr.

Forælder/Væрге

Navn	
Adresse	
By	Postnummer
CPR nr.	Telefon nr.

Udfyldes af patient/væрге

1. Jeg ønsker at DNA/RNA fra **mig/ mit barn/ den person jeg er væрге for** bliver opbevaret og analyseret ved targeteret sekventering og/eller exom sekventering for følgende sygdom:

2. Jeg er af lægen informeret omkring resultater og begrænsninger ved targeteret sekventering og exom sekventering. Vi har diskuteret de konsekvenser og procedurer der er involveret i analyse og opbevaring af patient data.

3. Jeg accepterer, at der er en risiko for, at der gøres tilfældige fund der ikke er relateret til den tilstand, der undersøges for. Sådanne tilfældige fund kan have sundhedsmæssig betydning. Jeg ønsker at lægen informerer mig om følgende tilfældige fund (sæt kryds):

Jeg ønsker IKKE information om tilfældige fund

Jeg ønsker kun information om fund af sundhedsmæssig betydning, hvor der er mulighed for forebyggelse/behandling.

Jeg ønsker information om alle fund af sundhedsmæssig betydning, også dem hvor der IKKE er mulighed for forebyggelse/behandling.

4. Jeg accepterer at viden om genetiske sygdomme sandsynligvis vil blive større i fremtiden. Jeg vil gerne kontaktes hvis laboratoriet får kendskab til yderligere information om resultaterne af den targeterede sekventering og/eller exom sekventeringen.

5. Information fra den targeterede sekventering og/eller exom sekventeringen må gerne bruges til forskning i anonymiseret form (sæt kryds):

Ja

Nej

6. Jeg accepterer, at jeg har mulighed for at trække mit samtykke tilbage, uden at det påvirker **mit forløb/mit barns forløb/ forløbet for den person jeg er væрге for**.

Underskrift af patient /forælder/væрге

Patientens navn med blokbogstaver

Underskrift af lægen

Dato