



INFORMERAT SAMTYCKE

Jag bekräftar att informationen nedan som hänför sig till testet förklarats för mig:

- Resultaten av detta test kan visa att jag och/eller mina familjemedlemmar har en ärftlig sjukdom eller förhöjd risk för en genetisk sjukdom. Jag förstår att man i detta test kan uppdaga tidigare oidentifierade biologiska förhållanden såsom uteslutande av faderskap.
- Jag är medveten om att resultaten av detta test kanske inte ger någon slutlig information om min genetiska status. Även om man vet att vissa genetiska varianter orsakar sjukdomar och att andra är godartade, är vissa funna genetiska varianter signifikans osäker. Beroende på resultaten av detta test kan min läkare rekommendera genetisk konsultation eller ytterligare testning av mig och/eller mina familjemedlemmar.
- Jag begriper att ett anonymiserat sammandrag av resultaten av detta test kan presenteras till exempel på konferenser, i vetenskapliga publikationer och/eller i databaser med DNA-varianter i avsikt att förbättra kunskaperna om och diagnosticeringen och behandlingen av liknande kliniska tillstånd. Identifikationsuppgifter kommer aldrig att presenteras.
- Om jag har valt ett faktureringsalternativ som gäller en patientförsäkring, befullmäktigar jag min sjukförsäkrare att betala min försäkringsersättning direkt till Blueprint Genetics. Jag befullmäktigar Blueprint Genetics att lämna information om testningen av mig till min försäkrare. Jag begriper mitt juridiska ansvar att sända vilken som helst penningssumma jag får av mitt försäkringsbolag till Blueprint Genetics för genomförandet av detta genetiska test. Om min försäkring inte täcker dessa tjänster eller om min försäkring täcker endast en del av summan, svarar jag för betalningen av de resterande kostnaderna.
- Separat samtycke till forskningsbruk och långtidsförvaring.** Genom att kryssa för relevant ruta samtycker jag till att DNA-provet långtidsförvaras i Blueprint Genetics diagnoslaboratorium (utan separat samtycke till långtidsförvaring förvaras DNA-prover i allmänhet i cirka 12 månaders tid) så att provet i fråga kan användas i forskning kring ärftliga mendelska sjukdomar och i försök att förbättra diagnostiken och behandlingen av nämnda sjukdomar. Forskningsinformationen som gäller mig behandlas som konfidentiell information och kodas så, att min identitet inte kan avslöjas utan den nyckelkod som Blueprint Genetics forskningsläkare har. Den kodade forskningsinformationen i fråga kan vid behov behandlas också i Europeiska unionen eller utanför denna och göras tillgänglig för något annat forskningsteam eller bolag som deltar i forskningen. Jag samtycker härmed till att ovan nämnd forskningssinformation utnyttjas för de ändamål som fastställs i detta samtycke. Informationen förvaras i 50 års tid.
Jag begriper att mitt samtycke till att provet som tagits för diagnosändamål används för forskningsbruk är frivilligt och att jag kan återta detta samtycke och dra mig ur denna undersökning när som helst innan den slutförts. Jag är medveten om att informationen som samlats in före det datum då jag drar mig ur undersökningen utnyttjas som en del av forskningsmaterialet. Att jag vägrar delta i forskningsprojektet eller drar mig ur det påverkar inte på något sätt min senare behandling.

Kryssa för en av följande rutor:

- Jag samtycker till att provet utnyttjas för forskning och långtidsförvaras på det sätt som framgår av punkt 5 ovan.
- Jag samtycker inte till att provet utnyttjas för forskning och långtidsförvaras på det sätt som framgår av punkt 5 ovan.

- Jag ger Blueprint Genetics tillstånd att kontakta mig senare till följd av genforskning och/eller andra för mig relevanta genetiska tjänsters del. Jag kan när som helst dra mig ur en sådan kontakt.

PATIENTEN (Patienten eller dennas lagliga företrädare. Om patienten inte själv undertecknar denna handling, anges i vilken relation undertecknaren står till patienten.)	
Genom att underteckna denna blankett meddelar jag att jag läst det informerade samtycket och begriper dess innehåll. Jag har beretts tillfälle att ställa frågor som hänför sig till denna blankett och mina frågor har besvarats.	
Namn:	Födelsedatum:
Underskrift:	Datum: