

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Art. 3 de la Ley 3/2005, de 7 de marzo.

PROYECTO
identify

D/Dña. mayor de edad,
con D.N.I. , vecino/a de
calle n°
teléfono

MANIFIESTO:

Que fui informado/a por el médico/a.

de que un test genético consiste en el examen de ADN/ARN destinado a detectar o descartar la presencia de una enfermedad hereditaria o detectar si soy portador/a de una alteración asociada a dicha enfermedad.

El test genético no siempre es informativo y, a veces, no se logran obtener resultados concluyentes. Dichos resultados tienen implicaciones familiares y podría ser necesario realizar estudios a estos familiares para determinar sus riesgos en la enfermedad o enfermedades estudiadas.

Comprendí toda la información que se me proporcionó y mis dudas fueron aclaradas satisfactoriamente.

CONSIENTO:

A los facultativos del Servicio de
que obtengan las muestras sobre las que se practiquen las pruebas necesarias y el test genético si procede.

Que se informe del resultado a otros profesionales de la salud que tengan responsabilidad asistencial sobre mi caso.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Firmo dos ejemplares en: a
de de

Firma paciente

Firma del representante legal

Firma Facultativo

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./Dña.

D.N.I. en calidad de

El día decidí REVOCAR el consentimiento para la realización del procedimiento referido en este documento.

Firma paciente

Firma testigo (o persona autorizada)

Firma Facultativo

Beneficios esperados, riesgos y posibles acontecimientos adversos

Estos análisis son de cribado, por ello debe tenerse en cuenta que existe la posibilidad de obtener un resultado falso negativo o positivo. Falso positivo sería identificar como posible afecto aquel que no lo es y falso negativo sería no identificar como afecto al que sí tiene la enfermedad. Ante cualquier duda es posible la repetición de los análisis.