

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PRIVIND TESTUL CARIOTIP DIN SÂNGE PERIFERIC

Eu, subsemnata/ul _____, mi-a fost recomandată efectuarea investigației “Cariotip din sânge periferic” pentru (boala/condiția genetică) _____ în numele meu/al copilului meu _____ cu scopul de a afla dacă există modificări în numărul sau/și structura cromozomilor.

Mi-au fost explicate și am înțeles următoarele:

- Testul “Cariotip din sânge periferic” necesită o proba de sânge recoltată pe vacutainer cu heparină (dop verde) . Proba este necorespunzătoare dacă conține cheaguri, dacă a fost congelată sau dacă a fost degradată în timpul transportului.
- Investigația este subcontractată la laboratorul Cytogenomic Medical Laboratory, București.
- Acuratețea investigației “Cariotip din sânge periferic” este limitată la rezoluția de 10 Mb. Orice anomalie cu dimensiuni sub limita de rezoluție nu poate fi depistată la cariotip. Pentru identificarea acestora este nevoie de analize speciale ce pot detecta modificări submicroscopice.
- Mozaicismele în procent mic ar putea rămâne nedetectate.
- Există uneori posibilitatea ca testul să nu aibă rezultat concludent sau calitatea produsului analizat să nu permită obținerea unui rezultat final din motive independente de metodele de laborator. Pentru a depăși acest tip de probleme, probe adiționale vor fi necesare.
- Unele tipuri de medicații ar putea influența calitatea rezultatului.
- Timpul de răspuns este de 14 zile. Deoarece analiza implică culturi de celule, timpul de răspuns ar putea fi depășit, celulele având fiecare propriul sau ritm de dezvoltare.
- Având în vedere posibilele implicații ale rezultatelor unui test de cariotip, consilierea genetică efectuată de către un medic genetician poate fi necesară pentru interpretarea rezultatelor. Rezultatele și informațiile pacientului vor rămâne confidențiale și vor putea fi ridicate de către o alta persoana doar cu acordul scris al pacientului.

Declar ca mi s-au explicat și am înțeles în totalitate indicațiile pentru testarea genetica precum și beneficiile, riscurile și limitările testării genetice. Am avut ocazia să pun întrebări la care mi s-a răspuns clar.

Declar că am citit și înțeles conținutul formularului de consimțământ informat privind testele de cariotip din sânge periferic.

Permit Cytogenomic Medical Laboratory să folosească probele mele biologice anonim în scopuri de cercetare și publicare.

DA NU

Solicit trimiterea rezultatului pe adresa e-mail _____

Declar că am primit o copie a Formularului de consimțământ informat privind testul Cariotip din sânge periferic.

Semnătura pacientului/ Rezentantului legal _____

Nume și semnătura reprezentant laborator _____

Data _____