

FIȘĂ DE CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU TESTUL DE CARIOTIP DIN PRODUS DE CONCEPȚIE

Eu, subsemnata _____
am fost trimisă pentru a efectua cariotip produs de concepție cu scopul
de a afla dacă există modificări în numărul sau/și structura cromozomilor
în produsul recoltat după întreruperea sau încetarea evoluției sarcinii.

- Investigația este subcontractată la Cytogenomic Medical Laboratory, București.
- Solicit și permit Cytogenomic Medical Laboratory să-mi analizeze proba de produs de avort pentru anomalii cromozomiale.
- Înțeleg că, în 15% din cazuri, creșterea și dezvoltarea celulelor fetale sau tisulare poate să nu reușească și prin urmare nu poate fi obținut un rezultat final.
- Înțeleg că produsul de concepție trebuie recoltat și adus în mediu de transport corespunzător (HANK'S, RPMI). Nu sunt acceptate probe congelate sau care au fost conservate în formol.
- Înțeleg că, în cazul recoltării produsului de avort, există riscul de contaminare cu celule materno.
- Înțeleg că, în cazul recoltării produsului de avort, există riscul de contaminare cu diverși agenți patogeni ceea ce duce la infectarea culturii și prin urmare ar putea să nu se obțină un rezultat final.
- Înțeleg că anomalii mai mici < 10 Mb și mozaicizmele în procente mici nu pot fi detectate prin cariotipul convențional.
- Înțeleg că, timpul de răspuns este cuprins între 14 și 28 de zile, având în vedere că analiza implică culturi de celule dintr-un țesut parțial degenerat.
- Înțeleg că toate datele mele personale sunt confidențiale.
- Certific că toate datele personale declarate în fișa mea sunt reale.
- Declar că am primit o copie a fișei de consimțământ informat.

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

Semnătura pacientului _____

Nume și semnătura reprezentant laborator _____

Data _____ / _____ / _____

