ORIGOGEN
DIAGNÒSTICS

CONSENTIMENT INFORMAT

Mitjançant el present document de ***Consentiment informat*** confirmo que he demanat el diagnòstic genètic-molecular de:

……..

per a mi o per a la meva família i que per això he cedit voluntàriament una mostra de sang o DNA (o he autoritzat la donació per part del menor(s) d'edat del que sóc representant legal), per tal que es pugui procedir a aquesta anàlisi. L'extracció de sang és al meu càrrec i serà realitzada per personal qualificat.

El servei de diagnòstic es compromet a utilitzar aquestes mostres exclusivament per a aquesta finalitat i les destruirà un cop s'hagi realitzat el diagnòstic i elaborat l'informe dels resultats obtinguts. El servei de diagnòstic es compromet, a més, a explicar els resultats i implicacions del diagnòstic al pacient, a la seva família i al metge responsable del pacient, si s'escau, així com a respondre a les preguntes o dubtes que sorgeixin al llarg del procés. D'altra banda, sé que puc retirar aquest consentiment en qualsevol moment, i les mostres seran immediatament destruïdes, tot i que el preu acceptat del pressupost s'haurà de fer efectiu.
Aquestes mostres i l'informe del diagnòstic que se'n derivi serà tractat en tot moment de manera estrictament confidencial.

I per a que consti el meu consentiment, signo el present document.
Lloc i data:
Nom complet i signatura:
DNI:

Si s’escau, nom complet del(ls) menor(s) d’edat:

Si s’escau, nom complet dels membres de la família implicats al diagnòstic genètic familiar als que represento:

El/la responsable del servei de diagnòstic OrigoGEN

ROSER GONZÀLEZ DUARTE