

INFORMERAT SAMTYCKE TILL PRENATAL EXOMSEKVENSERING

Namnet på den person som är gravid _____

Personbeteckning _____

Jag bekräftar att följande frågor som rör testning (sekvensering) har förklarats och klargjorts för mig:

1. Jag förstår att man i denna undersökning söker efter genetisk förändring hos fostret, vilken förklarar de anatomiska/strukturella avvikelser som konstaterats hos fostret och som har samband med genetisk sjukdom.
2. Jag förstår att med bilddiagnostiska undersökningar hos fostret (till exempel ultraljudsundersökningar) kan man inte se alla anatomiska/strukturella avvikelser noggrant och att en del av fynden anknutna till genetiska sjukdomar kan förekomma först efter födelsen.
3. Jag förstår att med undersökningen man kanske inte får reda på den genetiska orsaken till de anatomiska/strukturella avvikelserna hos fostret eller att undersökningsresultatet kan bli sådant som är svårt att tolka utifrån den information som för närvarande finns tillgänglig.
4. Jag förstår att i undersökningen kan man rapportera om något annat fynd hos fostret som inte förklarar de anatomiska/strukturella avvikelser som konstaterats hos fostret, men som orsakar en svår sjukdom som börjar i barndomen och som kan ha betydelse för graviditetens fortsättning eller vården av det nyfödda barnet.
5. Jag förstår att undersökningen inte omfattar genetiska sjukdomar som uppkommer i vuxen ålder eller till exempel den genetiska mottagligheten för cancer i vuxen ålder.
6. Jag förstår att i undersökningen kan man rapportera om att föräldrarna konstaterats bära på en ärftlig svår sjukdom i barndomen med betydande risk för återfall i familjen.

Med min underskrift fastställer jag att ha läst och förstått det informerade samtycket. Jag har haft tillfälle att ställa frågor anknutna till samtycket och mina frågor har besvarats.

Undersökning av fostret

Förälderns namn:	Personbeteckning:
Underskrift:	Datum:
Förälderns namn:	Personbeteckning:
Underskrift:	Datum:

Undersökning av föräldern:

Med min underskrift fastställer jag att mitt prov får användas som jämförelseprov vid undersökningen och att mina patientjournaluppgifter som finns i patientdatasystemet får kontrolleras för remissen.

Förälderns namn:	Personbeteckning:
Underskrift:	Datum:

Undersökning av föräldern:

Med min underskrift fastställer jag att mitt prov får användas som jämförelseprov vid undersökningen och att mina patientjournaluppgifter som finns i patientdatasystemet får kontrolleras för remissen.

Förälderns namn:	Personbeteckning:
Underskrift:	Datum: