

INFORMERT SAMTYKKE

Jeg bekrefter at opplysningene nedenfor om testen har blitt forklart til meg:

1. Resultatene av denne testen kan vise at jeg og/eller familiemedlemmene mine har en nedarvet sykdom eller har en øket risiko for å bli rammet av en genetisk sykdom. Jeg forstår at denne testen kan påvise tidligere ukjente biologiske forhold, som ukjent farskap.
2. Jeg er klar over at resultatene av denne testen kan være ufullstendige når det gjelder den genetiske statusen min. Mens noen genetiske varianter er kjent for å være sykdomsfremkallende og andre for å være godartede, er en del av genetiske varianter som finnes av ukjent betydning. Avhengig av resultatene av denne testen, kan legen min anbefale genetisk rådgivning eller ytterligere testing for meg og/eller familiemedlemmene mine.
3. Jeg forstår at et anonymisert sammendrag av resultatene av denne testen kan presenteres for eksempel i møter, forskningspublikasjoner og/eller databaser for DNA-varianter for å bidra til forståelse, diagnostikk og behandling av lignende kliniske tilstander. Ingen identifiserende opplysninger vil noen gang bli presentert.
4. Hvis jeg har valgt alternativet for fakturering til pasienten, godkjenner jeg at helseplanen min eller forsikringsselskapet mitt betaler forsikringsutkommet direkte til Blueprint Genetics. Jeg autoriserer Blueprint Genetics til å frigi informasjon om testen min til forsikringsselskapet mitt. Jeg forstår at jeg er juridisk ansvarlig for å sende Blueprint Genetics alle penger som jeg mottar fra forsikringsselskapet mitt for utførelsen av denne genetiske testen. Hvis forsikringsselskapet mitt ikke dekker disse tjenestene, eller bare dekker deler av beløpet, er jeg personlig ansvarlig for de resterende kostnadene for testen
5. Jeg er klar over at ved å ikke samtykke i noen av avsnittene som følger ikke vil påvirke behandlingen min videre på noen måte. Hvis det ikke krysses av noen boks i denne delen, antas det at det ikke er gitt noe samtykke.
6. **Separat samtykke for oppbevaring av prøven hos Blueprint Genetics i 3 år i den hensikt å teste familiemedlemmer.** Ved å krysse av i den tilsvarende boksen nedenfor samtykker jeg i at DNA-prøven min oppbevares i 3 år i Blueprint Genetics' diagnostiske laboratorium for prøvetaking av familiemedlemmer. Uten denne tillatelsen vil prøven bli oppbevart i ca. 12 måneder.

- jeg samtykker i at DNA-prøven min oppbevares i 3 år for prøvetaking av familiemedlemmer.
- jeg samtykker ikke i at DNA-prøven min oppbevares i 3 år for prøvetaking av familiemedlemmer.

7. **Eget samtykke for forskningsbruk og langvarig oppbevaring.** Ved å krysse av i den tilsvarende boksen nedenfor samtykker jeg i langvarig oppbevaring av DNA-prøven min i Blueprint Genetics' diagnostiske laboratorium (uten eget samtykke for langvarig oppbevaring av DNA-prøver blir de vanligvis oppbevart i 12 måneder) til bruk av DNA-prøven ved forskning av arvelige mendelske sykdommer, og innsatsen for å forbedre diagnostikk og behandling av slike sykdommer. Forskningsdataene om meg vil bli behandlet som konfidensiell informasjon og kodet på en slik måte at min identitet ikke kan avdekkes uten koden som innehas av Blueprint Genetics' forskningslege. Der det er nødvendig, kan slike forskningsdata også behandles innenfor eller utenfor Den europeiske unionen og frigis til bruk av en annen forskningsgruppe eller et selskap som deltar i undersøkelsen. Jeg gir hermed mitt samtykke til bruk av ovennevnte forskningsdata under de omstendighetene som er beskrevet i dette samtykket. Dataene vil bli oppbevart i 50 år.

Jeg forstår at mitt samtykke til at prøven, som er tatt for diagnostisk bruk, og også brukes til forskning er frivillig, og at jeg kan angre på dette samtykket når som helst og trekke deltakelsen min tilbake når som helst før studien er fullført. Jeg er klar over at dataene som er samlet frem til den datoen jeg trekker tilbake samtykket mitt vil brukes som en del av forskningsmaterialet.

- jeg samtykker i at prøven min brukes i forskningsøyemed og oppbevares i lengre tid, som angitt i avsnitt 7 ovenfor.
- jeg samtykker ikke i at prøven min brukes i forskningsøyemed og oppbevares i lengre tid, som angitt i avsnitt 7 ovenfor.

- Jeg gir Blueprint Genetics tillatelse til å kontakte meg når det gjelder ytterligere genetisk forskning og/eller andre genetiske tjenester som er relevant for meg i fremtiden. Jeg kan trekke meg fra en slik kontakt, når som helst.

PASIENT / FAMILIEMEDLEM (Pasient / Familiemedlem eller juridisk representant. (Hvis dette ikke er signert av pasienten, angi forholdet til pasienten.)	
Ved å signere dette, bekrefter jeg at jeg har lest det informerte samtykket, og forstår innholdet i det. Jeg har hatt muligheten til å stille spørsmål om dette skjemaet, og spørsmålene mine har blitt besvart.	
Navn:	Fødselsdato:
Signatur:	Signeringsdato: