

# 知情同意

我确认，已向我解释了以下有关检测的信息：

1. 该检测的结果可能表明，我和/或我的家人患有遗传性疾病或受遗传疾病影响的风险增加。我理解，该检测可能检测到先前未知的生物学关系，例如非亲子关系。
2. 我知道，该检测的结果可能无法确定我的遗传状态。一些检测到的遗传变异是导致疾病的，而一些遗传变异认为可为良性的，还有一些遗传变异目前功能未知。根据该检测的结果，我的医生可能会建议对我和/或我的家人进行遗传咨询或进一步检测。
3. 我了解，可以在会议、科学出版物和/或 DNA 变体数据库上匿名展示该检测的结果概述，以深化对类似临床疾病的了解、诊断和治疗。不会展示任何身份信息。
4. 如果我选择了患者保险账单选项，我授权我的健康计划或保险提供商直接向 Blueprint Genetics 支付我的保险金。我授权 Blueprint Genetics 向我的保险公司公布有关我的测试的信息。我了解，我有法律责任向 Blueprint Genetics 发送从我的保险公司收到的任何用于进行该遗传检测的资金。如果我的保险不涵盖这些服务或仅涵盖部分金额服务，我将负责支付此测试的剩余费用。
5. 我知道，不同意后续的任何部分不会以任何方式影响我的进一步治疗。如果未勾选某部分中的方框，则假定未给予同意。
6. **在 Blueprint Genetics 储存样本以用于家人检测，为期 3 年的单独同意。**如果勾选以下相关方框，表示我同意将 DNA 样本储存在 Blueprint Genetics 的诊断实验室中用于家人检测，为期 3 年。未经此许可，样本将储存约 12 个月，此后将予以弃置，除非适用法律要求提前弃置。

我同意储存样本以用于家人检测，为期 3 年。

7. **研究使用和长期储存的单独同意。**如果勾选以下相关方框，表示我同意将 DNA 样本长期储存在 Blueprint Genetics 诊断实验室中（未经长期储存的单独同意，DNA 样本通常储存约 12 个月），用于使用 DNA 样本研究遗传性孟德尔遗传疾病并努力改善所述疾病的诊断和治疗。有关我的研究数据将被视为机密信息，并以某种方式进行编码，即：如果没有 Blueprint Genetics 研究医生专有的关键代码，其他人无法发现我的身份。必要时，此类编码研究数据也可在欧盟内外进行处理，并发布供其他研究组或参与研究的公司使用。我特此同意将上述研究数据用于本同意书中规定的目的。数据将保存 50 年。

我理解，我对将出于诊断目的而采集的样本用于研究的同意是自愿的，并且我可以在研究完成前随时取消本同意并不再参与研究。我知道，截至我退出日期前收集的数据将用作研究材料的一部分。

我对上述第 7 部分所述的样本的研究使用和长期储存表示同意。

有关我们如何处理个人数据的更多信息：<https://blueprintgenetics.com/privacy/>

**我允许 Blueprint Genetics 未来就与我相关的进一步遗传研究和/或其他遗传服务联系我。我可以随时中止此类联系。**

## 患者签名 To be filled with Latin script alphabet

<b>签署本同意书即表示我确认我已阅读知情同意书并理解其内容。我有机会就这份同意书进行提问，并且我的问题已得到解答。</b>	
患者姓名（请用正楷体书写）：	患者出生日期 (YYYY-MM-DD)：
患者签名：	日期 (YYYY-MM-DD)：
法定代表的姓名和关系（如果患者是未成年人：请用正楷体书写）：	法定代表签名（如果患者是未成年人）：