

# Informeret samtykke til omfattende genetisk analyse som led i din behandling

## Lægens informationer:

Rekvirerende læge, afdeling, hospital: \_\_\_\_\_

Patientens navn: \_\_\_\_\_ CPR: \_\_\_\_\_

Den genetiske analyse udføres med følgende formål: \_\_\_\_\_

Jeg har informeret denne patient/forældre/værge/pårørende mv. om de mulige resultater og begrænsninger ved omfattende genetisk analyse. Vi har diskuteret de konsekvenser, dette kan have, og de procedurer, der bruges ved analyse og opbevaring af patientdata.

Dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift personale

\_\_\_\_\_  
Personale navn med blokbogstaver

## Mine valg:

- Jeg bekræfter, at jeg ønsker den genetiske undersøgelse foretaget.
- Jeg er informeret om, at der ved omfattende genetisk analyse er en sandsynlighed for uventede fund, som giver oplysninger om risiko for andre sygdomme (sekundære fund). Jeg forholder mig således til sekundære fund (sæt kun ét kryds):
  - Jeg ønsker information om alle sekundære fund af væsentlig sundhedsmæssig betydning, også dem hvor der ikke er mulighed for forebyggelse/behandling.
  - Jeg ønsker kun information om sekundære fund af væsentlig sundhedsmæssig betydning, hvor der er mulighed for forebyggelse/behandling.
  - Jeg ønsker ikke information om sekundære fund. Jeg accepterer dog, at der i meget sjældne tilfælde kan være fund af en sådan sundhedsmæssig værdi for mig selv eller min familie, at min læge vil være forpligtet til at informere mig om fundet.
- Jeg må kontaktes, hvis behandlingsstedet - efter min behandling er afsluttet - opnår ny viden, der kan have sundhedsmæssig betydning for mig.
  - Ja
  - Nej

## Information om min ret til at bestemme over mine genetiske oplysninger:

- Jeg er informeret om, at mine genetiske oplysninger opbevares i Nationalt Genom Center.
- Jeg er informeret om, at mine genetiske oplysninger anvendes i min behandling og desuden kan bruges i forskningsprojekter.
- Jeg er informeret om, at jeg altid kan frabede mig, at mine genetiske oplysninger anvendes til forskning ved at registrere mig i Vævsanvendelsesregisteret, og jeg har fået materiale udleveret herom (blanket). Hvis jeg ønsker det, kan jeg få hjælp til at udfylde blanketten.

\_\_\_\_\_  
Underskrift af patient/forældre/værge/pårørende

\_\_\_\_\_  
Underskrivers navn(e) med blokbogstaver

Dato

\_\_\_\_\_  
Underskrivers navn(e) med blokbogstaver