

Consentiment informat

**ESTUDI GENÈTIC
PREDISPOSICIÓ HEREDITÀRIA A CÀNCER**

Dades del pacient

Cognoms Nom

DNI Núm. història clínica

Dades del representant legal del pacient

(en cas d'incapacitat del pacient per donar el consentiment, ja sigui per minoria d'edat, incapacitat legal o incompetència o mort, amb indicació del caràcter en el qual intervé [pare, mare, tutor legal, etc.]).

Cognoms Nom

DNI En qualitat de

Dades del facultatiu / Assessor/a Genètic/a que informa

Cognoms Nom

Núm. col·legiat

Nom de l'estudi genètic:

Estudi basat en un panell de gens relacionats amb predisposició hereditària a càncer de

Descripció de l'estudi genètic:

Lectura de la seqüència dels gens que es detallen al document adjunt. S'adjunta document amb la descripció de l'estudi genètic.

Indicat per a:

Estudiar i valorar el risc de presentar càncer hereditari i/o per indicar un tractament oncològic.

Riscos generals:

L'extracció de sang es realitza de la forma habitual i causa molt pocs riscos o mínimes molèsties. En algunes persones el resultat de l'estudi genètic pot ocasionar algun tipus d'impacte psicològic, per aquest motiu, se li oferirà la possibilitat de rebre atenció psicològica en cas que vostè ho necessiti.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ICO l'Hospitalet | Gran Via, 199-203 | 08907 l'Hospitalet de Llobregat | Tel. + 34 93 260 77 33 | Fax. + 34 93 260 77 83

ICO Badalona | Carretera del Canyet, s/n | 08916 Badalona | Tel. + 34 93 497 87 88 | Fax. + 34 93 497 87 04

ICO Girona | Av. França, s/n | 17007 Girona | Tel. + 34 972 225 835 | Fax. + 34 972 21 73 44

ICO Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre | Carrer Dr. Mallafrè Guasch, 4 43005 Tarragona +34 977 29 58 00 |
C. De les Esplanetes, 14 43500 Tortosa

ico.gencat.cat

Riscos personalitzats (si escau): N/A

Alternatives de tractament: N/A

DECLARO que el metge/assessor/a genètic/a:

- M'ha explicat què és, com es fa i per a què serveix l'estudi genètic proposat.
- M'ha informat amb detall, de manera clara i comprensible, dels riscos generals que es poden derivar de l'estudi, dels possibles resultats, dels seus beneficis de les seves limitacions i de les seves implicacions tant personals com familiars. A més m'han aclarit els dubtes que m'han pogut sorgir al respecte.
- M'ha informat de les possibles implicacions de no realitzar l'estudi proposat.
- M'ha informat que l'estudi genètic és totalment voluntari i que puc retractar-me i revocar el consentiment en qualsevol moment, sense que això repercuteixi en la meva atenció mèdica.
- M'ha fet saber que les meves dades seran tractades i guardades de forma absolutament confidencial i s'integraran a la meva història clínica amb la finalitat de donar-me assistència sanitària, respectant en tot cas la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació referents a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica; el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i de Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i, la resta de normativa legal que sigui aplicable.
- M'ha fet saber que puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament o portabilitat de les meves dades de caràcter personals, dirigint-me a Programa de Càncer Hereditari de l'Institut Català d'Oncologia, domicili Avinguda Granvia de l'Hospitalet, 199-203 08908 l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), correu electrònic: cg_girona@iconcologia.net, cg_badalona@iconcologia.net, cg_hospitalet@iconcologia.net.
- He entès l'abast i els riscos de l'estudi.

CONFIRMO que:

- ☐ **ACCEPTO** realitzar l'estudi genètic. ☐ **NO ACCEPTO** realitzar l'estudi genètic.
- ☐ **ACCEPTO** conèixer els resultats l'estudi. ☐ **NO ACCEPTO** conèixer els resultats l'estudi.

Autoritzo a que, en cas de no poder contactar amb mi per entregar-me els resultats, aquests puguin ser comunicats a les següents persones:

Nom i Cognoms:

DNI:

Telèfon de contacte:

Nom i Cognoms:

DNI:

Telèfon de contacte:

☐ **Si autoritzo** ☐ **No autoritzo** a la Unitat de Consell Genètic, en cas d'identificar una variant hereditària, a informar de la seqüència genètica als meus familiars que en cas que es puguin beneficiar clínicament de fer un estudi de portadors, sense que això impliqui revelar cap altra dada.

Signatura del pacient

Signatura del representant

Signatura del facultatiu
Assessor genètic

Lloc i data de la signatura:

☐ **REVOCO** el meu consentiment prestat en data i manifesto expressament que, després de la informació rebuda, no desitjo continuar l'estudi genètic que em faig responsable de les conseqüències que es puguin derivar d'aquesta decisió.

Signatura del pacient

Signatura del representant

Signatura del facultatiu
Assessor genètic

Lloc i data de la signatura: