

## **FISA DE CONSIMTAMANT INFORMAT PRIVIND TESTUL DE CARIOTIP SANGE**

Eu, subsemnata/ul \_\_\_\_\_ am fost trimis/a la Cytogenomic Medical Laboratory pentru a efectua cariotip sange periferic pentru (boala/conditia genetica) \_\_\_\_\_ in numele meu/al copilului meu \_\_\_\_\_ cu scopul de a afla daca exista modificari in numarul sau/si structura cromozomilor.

Mi-au fost explicate si am inteles urmatoarele:

- Testul cariotip sange periferic necesita o proba de sange recoltata in vacutainer cu heparina(dop verde) . Proba este necorespunzatoare daca contine cheaguri,daca a fost congelata, sau daca a fost degradata in timpul transportului (in cazul probelor trimise).
- Acuratetea testului cariotip de sange este limitata la rezolutia de 10 Mb. Orice anomalie cu dimensiuni sub limita de rezolutie nu poate fi depistata la cariotip.Pentru identificarea acestora este nevoie de analize speciale ce pot detecta modificari submicroscopice.
- Mozaicisemele in procent mic ar putea ramane nedetectate.
- Exista uneori posibilitatea ca testul sa nu aiba rezultat concludent sau calitatea produsului analizat sa nu permita obtinerea unui rezultat final din motive independente de metodele de laborator. Pentru a depasi acest tip de probleme, probe aditionale vor fi necesare. De mentionat ca unele tipuri de medicatii ar putea influenta calitatea rezultatului.
- Timpul de raspuns este de 14 zile. Deoarece analiza implica culturi de celule, timpul de raspuns ar putea fi depasit de doua saptamani, celulele avand fiecare propriul sau ritm de dezvoltare.
- Avand in vedere posibilele implicatii ale rezultatelor unui test de cariotip sange, consilierea genetica efectuata de catre un medic genetician poate fi necesara pentru interpretarea rezultatelor. Rezultatele si informatiile pacientului vor ramane confidentiale si vor putea fi ridicate de catre o alta persoana decat cu acordul scris al pacientului.

Declar ca mi s-au explicat si am inteles in totalitate indicatiile pentru testarea genetica precum si beneficiile, riscurile si limitarile testarii genetice. Am avut ocazia sa pun intrebari la care mi s-a raspuns clar.

Declar ca am citit si inteles continutul **Fisei de consimtamant informat privind testele de cariotip sange periferic.**

Permit Cytogenomic Medical Laboratory sa foloseasca probele mele biologice anonim in scopuri de cercetare. DA / NU

*Solicit trimiterea rezultatului pe adresa e-mail: .....*

*Declar ca am primit o copie a **Fisei de consimtamant informat privind testul de cariotip sange periferic.***

*Semnatura pacientului.....*

*Nume si semnatura reprezentant laborator .....*

*Data: ...../...../.....*