



Consentimiento Informado

Mi firma al final de este documento indica que he comprendido y aceptado la información que aquí aparece y que he tenido la oportunidad aclarar todas mis preguntas. Doy, por tanto, consentimiento a Bioarray S.L. para utilizar estas muestras en la realización del estudio genético indicado, al igual que en otros centros designados por este cuando sea necesario.

Descripción del test:

1. El array CGH está indicado para desórdenes en los que se sospecha una anomalía cromosómica.
2. Este test examina el genoma del paciente en búsqueda de ganancias o pérdidas de material genético, causantes de muchas enfermedades genéticas.
3. Un resultado positivo de la prueba indica que se ha encontrado una alteración cromosómica con significación clínica. Un resultado negativo indica que o bien no se ha encontrado ninguna alteración, o las alteraciones encontradas no tienen significación clínica. En algunas ocasiones, el test detecta alteraciones clínicas de significación desconocida, dificultando el diagnóstico e incluso haciendo imposible la obtención de un resultado concluyente. En algunos de estos casos, podría necesitarse el análisis de los padres para aclararlo.
4. El array CGH no es la única técnica para detectar alteraciones cromosómicas, por lo que mi médico puede recomendar el test antes o después de realizar otras pruebas genéticas. Esta técnica no puede detectar alteraciones cromosómicas en las cuales la cantidad de material genético permanece inalterada. Cambios pequeños que están por debajo de la resolución de la prueba también podrían pasar desapercibidos.
5. Algunas áreas del genoma pueden presentar alteraciones de número de copia, sin por ello ser causas de patología. Es una variación genética normal entre individuos.
6. Aunque los métodos de este test son altamente sensibles y específicos, existe un pequeño riesgo de fracaso de la técnica o error de interpretación.

Sobre los resultados del test:

1. Entiendo que en caso de no encontrar alteración genética no implica que no tenga una enfermedad genética.
2. Entiendo que en este test pueden aparecer pérdidas o ganancias de material genético que expliquen el desorden que padezco (o padece mi hijo). Además, estas alteraciones genéticas pueden tener implicaciones para la salud a largo plazo que ahora desconozco. Mi médico me informará de esas implicaciones, si bien este test no detecta todos los riesgos médicos a largo término que pueda tener.
3. Los resultados de esta prueba pueden tener implicaciones para mi familia.
4. Es aconsejable que el paciente/familia reciba consejo genético antes y después de la realización de la prueba. Dada la complejidad de los estudios genéticos y sus importantes implicaciones, los resultados me serán siempre comunicados a través de un médico o experto en genética de mi elección, y siempre con la máxima confidencialidad.
5. Solamente este médico o centro de referencia de mi elección recibirá una copia del informe de resultados, con el fin de mantener una absoluta confidencialidad.
6. En cualquier momento puedo revocar la autorización para la realización del estudio genético.
7. Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de las muestras para su posible utilización en la investigación sobre la enfermedad genética.
SÍ No
8. Doy consentimiento para la utilización del material iconográfico del paciente exclusivamente con fines científicos y diagnósticos.
SÍ No

Persona Informada (Nombre y firma):

DNI:

Relación con el paciente: