

POTILASINFORMAATIO Genetiikan tutkimukset (INFORMED CONSENT for Genetic Analyses)

Potilaan nimi/Patient name	
Syntymäaika /Date of Birth	
Toimipaikka/Clinic	
Tutkimus/Test name	
Näytetunniste/Sample ID	
ÄLÄ TÄYTÄ/Laboratory Specific Sample ID	

Tutkimuksen tulosten tulkinta ja rajoitteet / Test significance, risks and limitations

Allekirjoittamalla tutkimuslomakkeen vahvistan, että olen saanut tarvittavat tiedot tutkimuksen merkityksestä, riskeistä ja rajoitteista. Ymmärrän ja hyväksyn sen, että vain tällä lomakkeella tilatut kliiniset laboratoriokokeet, eikä mitään muita kokeita, tehdään minun näytteestäni.

Näytteen säilytys / Sample storage time

Näytteeni hävitetään tutkimuksen lopullisen tuloksen valmistuttua. Näytettäni voidaan säilyttää hetkellisesti mahdollisten jatkotutkimusten varalta laboratorion erikseen määrittämä soveltuva aika. Erikseen salliessani jäljelle jäänyttä näytemateriaalia voidaan käyttää kliinisten laboratorioiden laatustandardien mukaisesti anonymisoidussa muodossa tutkimus tai laadunvarmistustarkoituksiin. Minulle ei ilmoiteta yksityiskohtaisista käyttötarkoituksista enkä tule saamaan korvausta näistä käyttötarkoituksista. Kaikki tämän kaltaiset käyttötarkoitukset tulevat aina noudattamaan sovellettavaa lainsäädäntöä.

- Näytteeni säilytyksessä noudatetaan paikallisen lainsäädännön ja laboratorion määrittämää vakioaikaa / I consider the legal time-span of storage to be sufficient
- Hyväksyn näytteeni käytön lomakkeella nimetyn kliinisen tutkimuksen analysointiin / I allow my sample to be used for the above mentioned course of analysis
- (Vapaaehtoinen valinta) Sallin näytteeni käytön anonymisoidussa muodossa tutkimus tai laadunvarmistustarkoituksiin / I allow my anonymised sample to be used for research and quality control purposes

Tulosten säilytys / Results storage time

Tutkimustuloksia säilytetään paikallisen lainsäädännön asettama aika, minkä jälkeen ne poistetaan asianmukaisesti.

- Tutkimustulosteni säilytyksessä noudatetaan paikallisen lainsäädännön määrittelemää vakioaikaa / I consider the legal time-span of storage to be sufficient

Mahdollisten muiden kliinisesti merkittävien löydösten raportointi / Reporting of clinically relevant incidental findings

Genetiikan tutkimuksissa saattaa ilmetä muihin, kuin alkuperäisen tutkimuspyynnön perusteella viittaaviin sairauksiin, liittyviä tekijöitä. Halutessanne raportoimme myös kliinisesti merkitykselliset sekundaarilöydökset.

- Hyväksyn** mahdollisten muiden kliinisesti merkittävien löydösten raportoinnin / I want to be informed about clinically relevant incidental findings.
- En hyväksy** mahdollisten muiden kliinisesti merkittävien löydösten raportointia / I refrain from being informed about diagnostically relevant incidental findings.

Potilaan tietoinen suostumus ja allekirjoitus

Allekirjoittamalla tutkimuslomakkeen vahvistan, että olen lukenut ja hyväksynyt siinä löytyvän tiedon koskien tutkimusta, näytettäni ja tutkimuksen tuloksia. Minulle annettiin mahdollisuus kysyä kaikki kysymykseni; sain vastauksen jokaiseen kysymykseeni ja riittävästi aikaa pohtia tietoa ja valintaani suorittaa tämä tutkimus.

Paikka ja päivämäärä

Potilaan (tai hoitajan) allekirjoitus/Patient (or guardian)
Signature

Lääkärin allekirjoitus/Clinician Signature