

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1 Paciente

El consentimiento informado es necesario para realizar los test genéticos. El paciente (o representante legal en caso de menores de 18 años o incapaces) debe firmar el consentimiento adjunto. En caso de muestras anónimas, aceptamos una declaración del médico responsable del paciente indicando que se ha obtenido el consentimiento informado apropiado (apartado "Declaración de existencia del consentimiento informado").

Nombre completo del paciente

2 Estudio genético solicitado

Cáncer Hereditario

| | | | |
|-------------|---|-------------|--|
| S-202009121 | Cáncer de mama y ovario hereditario [23 genes] | S-202009123 | Cáncer de próstata hereditario [17 genes] |
| S-202009124 | Cáncer de útero hereditario [6 genes] | S-202009675 | Cáncer renal hereditario [7 genes] |
| S-202009670 | Cáncer colorrectal hereditario [19 genes] | S-202009676 | Melanoma hereditario [5 genes] |
| S-202009671 | Poliposis [5 genes] | S-201804750 | Carcinoma medular de tiroides [3 genes] |
| S-202009672 | Síndrome de Lynch [7 genes] | S-202008352 | Neoplasia endocrina múltiple [3 genes] |
| S-202009125 | Cáncer gástrico hereditario [15 genes] | S-202009127 | Feocromocitoma-paraganglioma hereditario [12 genes] |
| S-202009673 | Tumor del estroma gastrointestinal hereditario (GIST) [2 genes] | S-202009677 | Panel global de cáncer hereditario [50 genes] |
| S-202009674 | Cáncer pancreático hereditario [12 genes] | S-202007914 | Panel global de cáncer hereditario extendido [128 genes] |

Otros síndromes asociados a predisposición al cáncer:

| | | |
|---|---|---|
| Anemia de Fanconi [22 genes] | Beckwith-Wiedemann, síndrome [8 genes] | Bloom, síndrome [1 gen] |
| Cardio-facio-cutáneo, síndrome [4 genes] | Esclerosis tuberosa [2 genes] | Gorlin, síndrome [3 genes] |
| Hemihiperplasia (hemihipertrofia aislada) [2 genes] | Leiomiomas cutáneos y uterinos múltiples [1 gen] | Leiomiomatosis familiar con carcinoma renal [2 genes] |
| Li-Fraumeni, síndrome [1 gen] | Meduloblastoma y otros tumores del SNC [19 genes] | Neurofibromatosis y schwannomatosis [8 genes] |
| Rasopatías y síndromes asociados [25 genes] | Retinoblastoma hereditario [1 gen] | Rothmund-Thomson, síndrome [1 gen] |
| Von-Hippel Lindau, síndrome [1 gen] | Tumor de Wilms [16 genes] | Xeroderma pigmentoso [9 genes] |

Otras pruebas genéticas

| | | | |
|-----------------|---|------------------|--|
| S-202109974 | Secuenciación individualizada de genes (Sanger) | S-202109983 | MLPA y MLPA metilación : |
| S-202109975 | Secuenciación masiva NextGenDx® | Gen/genes: | |
| S-202109976 | Secuenciación masiva con CNVs | SNP array: | |
| Exoma completo: | | S-201601485 | Caso índice |
| S-202110014 | Exoma completo - sólo secuenciación (fastq) | S-201702726 | Estudio familiar o confirmación de CNVs |
| S-202110013 | Exoma completo - anotación de variantes | CGH array: | |
| S-202110336 | Exoma completo - con herramienta de informe | S-202008036 | Array 37K prenatal |
| S-202110015 | Exoma completo - con informe clínico | S-202109987 | Array 60K postnatal |
| S-202109977 | Exoma dirigido | S-202109988 | Array 180K postnatal |
| Gen/genes: | | S-202109998 | Segregación de variantes / Estudios familiares |
| S-202110133 | Exoma clínico trío | Variante/s: | |
| | | Otros servicios: | |

3 Autorización del paciente

Declaro que he sido informado, he comprendido y estoy de acuerdo con el tipo de estudio genético que arriba se indica y en el que participo voluntariamente.

Entiendo que puedo estar afectado o ser portador de un trastorno genético hereditario, cuyo diagnóstico puede confirmarse a través de un estudio de laboratorio mediante un estudio de ADN obtenido a partir de mis muestras biológicas. Doy el consentimiento para el envío de mi muestra a **Health in Code S.L.**, empresa con nivel de protección de datos acorde a la legislación europea, para la realización del estudio genético indicado, al igual que al centro o centros designados por el mismo, de acuerdo a las consideraciones éticas y regulaciones vigentes:

Si No

Entiendo que:

- Las enfermedades genéticas pueden heredarse en la familia y los resultados de mi test pueden tener implicaciones para mi propia familia.
- En el caso de estudio genético de una mutación, la determinación de la mutación es diagnóstica, mientras que la no determinación no es excluyente de la patología. Un test negativo no excluye la posibilidad de tener la enfermedad (algunas enfermedades tienen múltiples causas y no es posible probarlas todas).
- En ocasiones, pueden existir alteraciones poco frecuentes en la estructura del ADN de determinados individuos que puedan llevar a resultados de difícil interpretación, dificultando el diagnóstico e incluso haciendo imposible la obtención de un resultado concluyente.
- Aunque los métodos empleados para hacer este diagnóstico genético son altamente sensibles y específicos, existe siempre una pequeña posibilidad de fracaso de la técnica o error de interpretación. Por ello, en algunos casos podría ser necesaria la repetición de la prueba o la realización de estudios adicionales, requiriendo o no nueva toma de muestra, especialmente en aquellos casos en los que la calidad de la muestra biológica no es óptima.
- Dada la complejidad de los estudios genéticos basados en el ADN y las importantes implicaciones de los resultados del estudio genético, dichos resultados me serán comunicados a través de un médico o experto en genética, y siempre con la máxima confidencialidad, tanto por parte del personal médico como del personal de laboratorio.
- En cualquier momento puedo cambiar de parecer y denegar la autorización para el estudio genético que doy en este documento, y revocar así mi decisión de continuar con el análisis.
- Las únicas personas que tendrán acceso a los resultados de los análisis serán los integrantes del equipo de Health in Code S.L. y los profesionales del servicio sanitario vinculados a la asistencia del paciente.
- Es posible obtener información inesperada en el proceso de análisis de la muestra, por lo que decido querer conocerla:

Si No

- Es posible obtener información que afecte a los familiares del sujeto fuente de la muestra, para lo que se aconseja que sea este último (o su representante legal) el que se la transmita. En todo caso, será necesaria la aprobación de cada uno de los familiares para conocer dicha información.

La legislación vigente obliga a **Health in Code S.L.** a conservar la información clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad para la debida asistencia al paciente, como mínimo durante cinco años, una vez finalizado el proceso asistencial. Conozco y acepto que una alícuota de ADN quede en custodia del laboratorio para estudios posteriores y/o confirmaciones:

Si No

Además, doy mi consentimiento para que a la finalización del estudio la entidad Health in Code S.L. pueda utilizar la muestra biológica para finalidades de investigación autorizadas por el comité ético correspondiente, siempre manteniendo el anonimato del paciente.

Si No

En cuyo caso se le informa:

- De la finalidad de la investigación en relación con la patología cuyo diagnóstico se pretende y en otras líneas de investigación relacionadas con aquélla.
- De los beneficios esperados en la investigación, que consistirán en un mayor conocimiento de las patologías estudiadas, evoluciones y análisis poblacional de las mismas.
- De la posibilidad de ser contactado posteriormente con el objetivo de recabar nuevos datos u obtener nuevas muestras.
- Del derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento y sin justificación alguna y decidir sobre la destrucción o anonimización de la muestra.
- De la obligación, por parte de Health in Code, S.L. de la destrucción o anonimización de la muestra una vez finalizada la investigación y transcurrido el plazo legal de conservación, a no ser que haya autorizado su conservación durante más tiempo.
- Del derecho que le asiste de conocer los datos genéticos que se obtengan a partir del análisis de sus muestras biológicas.
- De la confidencialidad de la información obtenida, siendo los miembros del equipo de investigación de Health in Code, S.L., exclusivamente, quienes tendrán acceso a los datos personales.

Si procede, autorizo la extracción de muestras biológicas y el estudio genético del representado para ser utilizadas en los términos anteriormente descritos en el estudio genético de la enfermedad arriba mencionada.

Nombre del paciente o representante legal*

*Indicar en caso de paciente menor o incapaz.

DNI del paciente o representante legal

Firma del paciente o representante legal

Fecha

4 Declaración de existencia del consentimiento informado

Declaro que el paciente identificado en esta solicitud conoce los datos incluidos en la misma y ha firmado el consentimiento informado para la realización de este estudio genético y que este ha sido incluido en su historia clínica.

Firma del facultativo

Fecha

Los datos personales facilitados en el presente formulario quedan sometidos a la legislación de protección de datos, y en concreto a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Estos datos que proporcione serán incorporados a ficheros cuyo responsable es Health in Code. La finalidad es el análisis y diagnóstico de enfermedades genéticas. Por su parte, las categorías de datos son los que se recogen en el presente cuestionario a lo que se añadirá el resultado de los mismos. El tratamiento de sus datos personales responde exclusivamente a los fines establecidos anteriormente. Estando legitimada por el consentimiento que expresamente se ha otorgado al aceptar estas condiciones. Sus datos serán conservados durante el tiempo que dure la relación establecida con la entidad y mientras los datos mantengan su labor asistencial, o hasta que ejercite sus derechos de cancelación o supresión. Dichos datos no serán transferidos a terceras personas sin el correspondiente consentimiento previo, ni fuera de los casos expresamente previstos en la legislación de protección de datos. Igualmente, se le informa de que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación o supresión, oposición, a la limitación de su tratamiento o a la portabilidad de datos dirigiéndose a Health in Code, a través de una comunicación escrita a Edificio O Fortín, As Xubias, s/n., Campus de Oza, 15006 A Coruña, España, referencia: "Protección de Datos", adjuntando una copia de su DNI o pasaporte. También tiene usted derecho a presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.