

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Я підтверджую, що мені було роз'яснено наведену нижче інформацію щодо тесту.

1. Результати цього тесту можуть показати, що в мене та/або членів моєї сім'ї є спадкове захворювання або що для мене та/або членів моєї сім'ї існує підвищений ризик розвитку генетичного захворювання. Я розумію, що цей тест може виявити раніше нерозпізнані біологічні зв'язки, як-от відсутність батьківства.
2. Я усвідомлюю, що результати цього тесту щодо мого генетичного статусу можуть бути недоказовими. Хоча відомо, що деякі генетичні варіанти викликають захворювання, а інші — є доброякісними, частина виявлених генетичних варіантів має невизначену значущість. Залежно від результатів цього тесту, мій лікар може порекомендувати генетичне консультування або подальше тестування для мене та/або членів моєї сім'ї.
3. Я розумію, що анонімізоване зведення результатів цього тесту може бути представлено, наприклад, на зустрічах, у наукових публікаціях та/або базах даних варіантів ДНК для покращення розуміння, діагностики й лікування подібних клінічних станів. Жодна ідентифікуюча інформація ніколи не вказуватиметься.
4. Якщо я вибрав(-ла) варіант виставлення рахунку за умовами страхування пацієнта, я дозволяю своєму постачальнику плану медичного обслуговування або постачальнику страхових послуг виплачувати мої страхові виплати безпосередньо Blueprint Genetics. Я дозволяю Blueprint Genetics розкривати інформацію щодо мого тестування моїй страховій компанії. Я розумію, що несу юридичну відповідальність за надсилання Blueprint Genetics будь-яких грошей, отриманих від моєї страхової компанії за виконання цього генетичного тесту. Якщо моє страхування не покриває ці послуги або покриває лише частину суми, я несу відповідальність за решту витрат на цей тест.
5. Я усвідомлюю, що незгода з будь-яким із розділів жодним чином не вплине на моє подальше лікування. Якщо жоден із пунктів у розділі не позначено прапорцем, вважається, що згоди не надано.
6. **Окрема згода на зберігання зразків у Blueprint Genetics протягом 3 років для тестування членів сім'ї.** Позначаючи відповідний пункт прапорцем нижче, я даю згоду на 3-річне зберігання зразка ДНК в діагностичній лабораторії Blueprint Genetics для тестування членів сім'ї. Без цього дозволу зразок зберігатиметься приблизно 12 місяців, а потім утилізуватиметься, якщо чинні закони не вимагають більш ранньої утилізації.

Я даю згоду на 3-річне зберігання зразка для тестування членів сім'ї.

7. **Окрема згода на використання в дослідницьких цілях та довгострокове зберігання.** Позначаючи відповідний пункт прапорцем нижче, я даю згоду на довгострокове зберігання зразка ДНК в діагностичній лабораторії Blueprint Genetics (без окремої згоди на довгострокове зберігання зразки ДНК зазвичай зберігаються приблизно 12 місяців) для використання зразка ДНК в дослідженнях захворювань, успадкованих за законами Менделя, і покращення діагностики таких захворювань. Дослідницькі дані, що стосуються мене, розглядатимуться як конфіденційна інформація та будуть закодовані таким чином, щоб мою особу було неможливо ідентифікувати без коду ключа, який має лікар-дослідник Blueprint Genetics. За потреби такі закодовані дослідницькі дані також можуть оброблятися в межах або за межами Європейського Союзу та надаватися для використання іншій дослідницькій групі або компанії, яка бере участь у дослідженні. Цим я даю згоду на використання зазначених вище дослідницьких даних для цілей, викладених у цій згоді. Дані зберігатимуться протягом 50 років.

Я розумію, що моя згода на дослідницьке використання зразка, взятого для діагностичних цілей, є добровільною, і я можу скасувати цю згоду та припинити участь у будь-який час до завершення дослідження. Мені відомо, що дані, зібрані до дати відкликання моєї згоди, будуть використані як частина дослідницького матеріалу.

Я даю згоду на дослідницьке використання та довгострокове зберігання зразка, як зазначено в розділі 7 вище.

Більше інформації про те, як ми обробляємо персональні дані: <https://blueprintgenetics.com/privacy/>

- Я дозволяю Blueprint Genetics зв'язуватися зі мною щодо подальших генетичних досліджень та/або інших генетичних послуг, які можуть мати для мене значення в майбутньому. Я можу відмовитися від такого контакту в будь-який момент.

ПІДПИС ПАЦІЄНТА

Підписуючи цю форму, я підтверджую, що прочитав(-ла) Інформовану згоду та розумію її зміст. У мене була можливість поставити запитання щодо цієї форми й отримати відповіді.	
Ім'я пацієнта (друкованими літерами):	Дата народження пацієнта (ДД.ММ.РРРР):
Підпис пацієнта:	Дата (ДД.ММ.РРРР):
Ім'я та ступінь спорідненості законного представника, якщо пацієнт неповнолітній (друкованими літерами):	Підпис законного представника, якщо пацієнт неповнолітній: