

Consentimiento Informado - Cardiología

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

Paneles NGS generales

<input type="checkbox"/> Miocardiopatías <i>MCH, MCD, MCNC, M/DAVD, RASopatías, congénitas</i>	173 genes	<input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas <i>SQTL, SQTC, SBr, TVCP, CCD, M/DAVD, MCH</i>	218 genes
<input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiovasculares	380 genes	<input type="checkbox"/> Arritmia Ventricular y Muerte Súbita sin Cardiopatía Estructural	77 genes

Paneles NGS específicos

Miocardiopatías

- Miocardiopatía Hipertrófica
○ Panel Básico 17 genes ○ Panel Completo 104 genes
- Miocardiopatía Dilatada 96 genes
- Miocardiopatía Arritmogénica
Displasia arritmogénica de VD 21 genes
- Miocardiopatía No Compactada 37 genes
- Miocardiopatía Restrictiva 20 genes
- RASopatías
Noonan, Costello, LEOPARD 18 genes

Canalopatías

- Síndrome de QT Largo
○ Panel Básico 8 genes ○ Panel Completo 28 genes
- Síndrome de QT Corto 7 genes
- Taquicardia Ventricular Polimórfica
Catecolaminérgica 9 genes
- Síndrome de Brugada/Síndrome de Onda J 25 genes
- Enfermedad del Sistema de Conducción 34 genes
- Fibrilación Auricular 43 genes

- Enfermedades Aórticas
Síndrome de Marfan, TAA, Loeys-Dietz, Ehlers-Danlos, Shprintzen-Goldberg, etc. 41 genes
- Cardiopatías Congénitas 114 genes
- SNP Arrays

- Hipertensión Pulmonar 16 genes
- Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria
Síndrome de Rendu-Osler-Weber 9 genes
- Enfermedad de Fabry 1 gen
- Amiloidosis Familiar
Estudio Sanger 1 gen

Servicios complementarios

- Estudio familiar/Secuenciación individualizada de genes
Gen/variante: Gen/variante:
- Ampliación del panel inicial
Nombre del nuevo panel que se estudiará:

Otros servicios

- Exoma
○ Secuenciación + FASTQ ○ Secuenciación + FASTQ + anotación de variantes ○ Secuenciación + FASTQ + anotación de variantes + interpretación avanzada
- MLPA
Gen:
- Array de genoma completo
○ Caso índice ○ Estudio familiar
- Secuenciación ADN mitocondrial completo
○ Caso índice ○ Estudio familiar

Los datos personales facilitados en el presente formulario quedan sometidos a la legislación de protección de datos, y en concreto al Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril 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.

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

Los datos personales facilitados en el presente formulario quedan sometidos a la legislación de protección de datos, y en concreto al Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril 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.

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 al Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril 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.