

Информированное согласие пациента на проведение биоинформатического переанализа данных

Прежде, чем Вы решите провести переанализ данных в АО «Ферст Генетикс», пожалуйста, внимательно прочтите содержание следующих пунктов:

«**Данные .fastq**» — это данные формата **.fastq**, используемые для проведения переанализа данных;

«**Обследуемый**» — это человек, чьи данные предоставлены для получения информации об индивидуальных особенностях его наследственной информации;

Цель переанализа данных, проводимых АО «Ферст Генетикс», заключается в определении особенностей наследственной информации обследуемого и прогнозировании риска развития определенных заболеваний и состояний. Заключение по результатам проведенного генетического исследования составляется на основе современных знаний в области медицинской генетики и медицинской науки в целом. При этом следует отметить, что возможно существование дополнительных, пока ещё до конца не изученных, факторов, влияющих на проявление того или иного заболевания.

Все личные данные, касающиеся Вас и Ваших родственников, также, как и результаты генетического исследования, проводимые АО «Ферст Генетикс», строго конфиденциальны и не могут быть переданы другим лицам иначе, как с Вашего согласия. Вы можете отозвать своё согласие по одному или всем нижеприведённым пунктам в любое время без объяснения дополнительных причин.

На основании вышеизложенного,

Я, Клиент

_____ (ФИО полностью)

выражаю своё согласие на проведение переанализа данных,

мне _____ (ФИО полностью)

моему ребенку _____ (ФИО полностью)

а также согласен(сна) на то, что:

- Данные в формате **.fastq**, переданные в целях проведения переанализа, по усмотрению АО «Ферст Генетикс» и его партнерских организаций могут быть сохранены и использованы для контроля (валидации) и других целей, а также для статистических, популяционных и научных исследований без разглашения моих персональных данных.
- При необходимости результаты исследований могут быть использованы для медико-генетического консультирования или генетического обследования других членов моей семьи.

- При необходимости результаты исследований могут быть запрошены моим лечащим врачом и выданы ему для проведения моего дальнейшего наблюдения и обследования.
- В случае необходимости сотрудник АО «Ферст Генетикс» может связаться со мной, используя мою контактную информацию.
- В случае получения результата, свидетельствующего в пользу высокого риска развития заболевания либо его присутствия, я согласен(сна) получить полную информацию о таком результате.

Дата подписи

ФИО клиента

Подпись

ФИО сотрудника, при котором подписывается информированное согласие

Подпись
