

## Upplýst samþykki fyrir erfðarannsókn

Nafn: \_\_\_\_\_ kt. \_\_\_\_\_

### Yfirlýsing um samþykki

1. Ég samþykki að \_\_\_\_\_ læknir / erfðaráðgjafi og samstarfsfólk geri neðangreinda rannsókn:  
\_\_\_\_\_
2. Ofangreindur læknir/erfðaráðgjafi hefur skýrt mér frá tilgangi, eðli og afleiðingum rannsóknarinnar sem nauðsynleg er til að greina vandamál mitt eða meta erfðaáhættu mína og/eða aðstandenda minna. Hann hefur rætt aðrar mögulegar aðferðir til greiningar og líklegan árangur þeirra. Ég skil áhættu af þessari rannsókn og hvers vænta megi af niðurstöðum. Ég skil einnig að í sumum tilvikum leiði rannsókn ekki í ljós skýra niðurstöðu.
3. Mér hefur verið tjáð að í tengslum við rannsóknina geti komið fram tilfallandi erfðabreytingar sem ekki eru fyrirsjáanlegar. Þær niðurstöður geta leitt til þess að aðrar rannsóknir verði ráðlagðar. Ég heimila því framkvæmd slíkra viðbótarannsókna eða annarra sem taldar eru nauðsynlegar.
4. Mér hefur verið tjáð að enga fullvissu sé unnt að veita um árangur rannsóknarinnar.

Með undirskrift minni staðfesti ég eftirfarandi:

- Ég hef lesið og skilið ofanskráð
- Mér hefur verið gerð grein fyrir þeirri rannsókn sem gerð verður
- Ég hef allar þær upplýsingar sem ég æski og
- Ég hér með leyfi framkvæmd rannsóknarinnar.

## Undirskriftir

Undirskrift lífsýnagjafa:

\_\_\_\_\_ Dags. \_\_\_\_\_

Undirskrift foreldris/forráðamanns ef lífsýnagjafi er ófær um að undirrita:

\_\_\_\_\_ Dags. \_\_\_\_\_

Undirskrift læknis/erfðaráðgjafa:

\_\_\_\_\_ Dags. \_\_\_\_\_

Upplýsta samþykkið er í tvíriti og þú heldur eftir öðru eintakinu.