

	6.8 CONSENTIMIENTO INFORMADO PGD DETECCIÓN DE ENFERMEDADES MONOGENICAS
Versión 2	Realizado por Claudia Serrano
Fecha: Enero de 2014	Documento: Consentimiento informado

DIAGNOSTICO GENETICO PREIMPLANTACION EN EMBRIONES HUMANOS PARA DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES MONOGENICAS

CENTRO DE REPRODUCCION ASISTIDA: _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

CONDICION A DIAGNOSTICAR: _____

El análisis que se realizará consiste en el cuidadoso examen de blastómeros de embriones en buscas de mutaciones puntuales descritas previamente en esta familia con la enfermedad _____.

No será posible analizar alteraciones cromosómicas ni el sexo de los embriones.

La exploración solo nos informará de las mutaciones analizadas en el gen estudiado en esta familia y no de otro tipo de defectos congénitos de otra naturaleza, por lo tanto el resultado normal del examen no garantiza que el niño nacerá sin defectos, enfermedades cromosómicas, alteraciones innatas del metabolismo, retardo mental, ceguera o sordera entre otras.

1. Conozco y se me han explicado los riesgos médicos inherentes a las técnicas de reproducción asistida que se me van a realizar.
2. Este examen no evalúa patología cromosómica ni el sexo embrionario.
3. Este examen no diagnostica enfermedades innatas del metabolismo, ceguera o sordera congénita.
4. Esta prueba está diseñada para la detección de mutaciones puntuales en el gen estudiado para la enfermedad presente en esta familia. La sensibilidad de la prueba es del 96% por que debe realizarse diagnóstico prenatal confirmatorio.
5. En el 5% de los casos no se obtiene amplificación adecuada para realizar el diagnóstico.
6. El riesgo de error en la interpretación de la prueba es de 4% aproximadamente.
7. Los resultados se deben confirmar mediante amniocentesis durante la gestación, sin embargo, esto está a discreción del paciente y su médico tratante.

Autorizo al LABORATORIO GENETIX para que realice el análisis de las blastómeros biopsiadas por _____ en el centro _____. Adicionalmente, autorizo al laboratorio a utilizar los datos de mi prueba de manera confidencial y sin ánimo de lucro con fines investigativos.

Paciente
CC:

Testigo
CC: