

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación

“Detección de desbalances cromosómicos en pacientes con malformaciones congénitas múltiples mediante cariotipo molecular”

Estimado madre, padre y/o tutor:

Por medio de esta carta, lo invitamos a participar en el estudio mencionado arriba, Usted debe saber que participar en esta investigación es totalmente voluntario, de manera que usted puede decidir no participar en el estudio y en este caso no perdería ninguna prestación a la que tiene derecho.

Debido a que la información que se recabe es absolutamente confidencial y con fines de investigación, usted debe saber que no daremos a conocer ninguna información acerca de su hijo(a), sin su consentimiento.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación busca determinar la causa genética de la enfermedad que tiene su hijo (a). Esta información contribuirá a comprender el origen de las alteraciones físicas de su hijo desde el nacimiento. En algunos casos, esta información permitirá brindar un asesoramiento genético más amplio.

Su hijo(a) posiblemente tiene una enfermedad de origen genético, que será analizado a partir de la muestra sanguínea.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Para este estudio requerimos una muestra de sangre de 1-3 ml. mediante el siguiente procedimiento:

- Bajo condiciones higiénicas óptimas se coloca el brazo extendido y se selecciona la vena, preferentemente en el antebrazo.
- Para toma de muestra sanguínea se tomarán de 3-5 ml de sangre, aproximadamente.
- La muestra sanguínea será almacenada a -20°C hasta el momento de extraer el material genético.

RIESGOS Y MOLESTIAS

Los posibles riesgos de la toma de muestra sanguínea son: dolores leves en el sitio donde se toma la muestra, formación de moretones, hemorragia o poder originar una infección raramente.

BENEFICIOS

Este estudio el único beneficio es recibir una asesoría genética más completa, y contribuya con el conocimiento científico.

COSTOS

Las pruebas realizadas en la muestra sanguínea así como cualquier consulta que usted tenga con el médico en relación al estudio de investigación, no tendrán ningún costo y los gastos generados por esta investigación serán absorbidos por el proyecto de investigación.

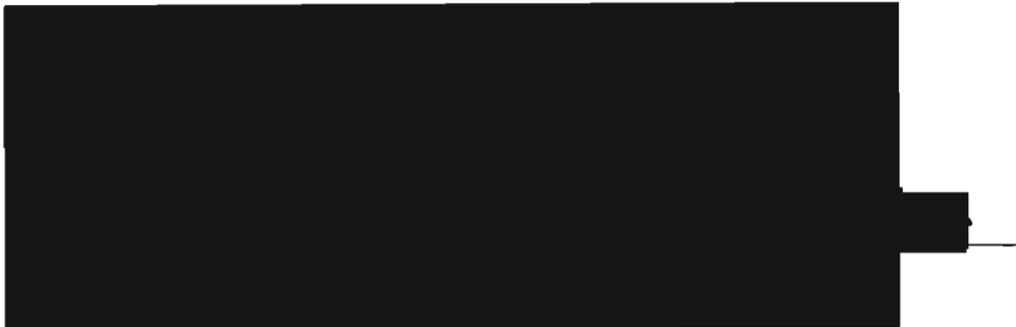
DUDAS Y ACLARACIONES

Usted tiene la garantía de recibir respuesta a sus preguntas y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del paciente. Si este fuera el caso, deberá comunicarse con los médicos responsables de la investigación: Dr. Jaime Toral López al tel, 58369910, ext 2474 del departamento de Genética del Centro Medico Ecatepec o al Dr. Sergio Alberto Cuevas Covarrubias del Departamento de Genética 2789200 ext. 1278 y 1279 y/o a la Dirección de Investigación del CME, ext. 2474.

Usted tiene la libertad de retirar este consentimiento en cualquier momento, y de dejar de participar en este estudio sin que esto afecte los cuidados y el tratamiento que la Institución otorga.

La identidad del sujeto de estudio será confidencial, y la información relacionada será manejada de acuerdo con las políticas de privacidad vigentes. Los resultados obtenidos en el estudio podrán ser utilizados con fines educativos en congresos o publicados en revistas de investigación médica.

Le sugerimos que conserve una copia de este documento para consultarla si es necesario.



Testigo 1 _____

Firma _____

Testigo 2 _____

Firma _____

Ecatepec de Morelos a 26 de Marzo de 2018