CONSENSO

© 2018 by

SGMG Società Svizzera di Genetica Medica

Blumeneggstrasse 55
9403 Goldach
Casella postale
9001 San Gallo

Tel. 071 844 45 45
Fax 071 844 45 46
e-mail info@team-w.ch

labor team w ag

Code del medico

Telefono

Telefax

Cognome	
Nome	
Nato/a il	. . M ☐ F ☐
c/o genitori	
Via, No.	
CAP,città	
Tel. paz.	
N°paziente	
Prelievo effetuato il	. . alle ore :

0016 ☒ Consenso informato all'esecuzione di analisi genetiche

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____

Confermo che nell'ambito di una consulenza genetica sono stata/o informata/o sui diversi aspetti di un'analisi genetica, descritti sul foglio informativo "Informazioni per pazienti" sul sito web della Società Swizzera di Genetica Medica. Confermo di aver compreso l'informazione ricevuta e di aver avuto sufficiente tempo di riflessione.

Consento all'esecuzione della/e seguente/i analisi genetica/che:

_____ ☐ prenatale ☐ postnatale ☐ predittivo/presintomatico

Per la seguente **malattia**: _____

Sul seguente **campione biologico** (p. es. sangue, fluido amniotico, tessuto): _____

Risultati inattesi: Nel caso in cui le analisi rivelassero risultati non prettamente legati all'analisi richiesta (cosiddetti "risultati inattesi"), desidero essere informata/o come segue:

- Portatrice/ore di una malattia per la quale sono disponibili misure preventive e/o terapeutiche: **01131** ☐ SI ☐ NO
- Portatrice/ore di una malattia per la quale non sono ancora disponibili misure preventive / terapeutiche : **01132** ☐ SI ☐ NO
- Portatrice/ore sana/o di una malattia recessiva che potrebbe manifestarsi nella seguente generazione o in parenti: **01133** ☐ SI ☐ NO

01134 Altra decisione: _____

Se non vengono date risposte a queste domande, si parte dal presupposto che la/il paziente NON vuole essere informata/o su risultati inattesi.

Conservazione e utilizzo del materiale biologico rimanente e di risultati di laboratorio per successive analisi

- Sono d'accordo che il materiale biologico rimanente e che i dati di laboratorio sono conservati per eventuali ulteriori analisi. Per ulteriori analisi è necessario il mio consenso. **01135** ☐ SI ☐ NO
  Nel caso in cui la/il paziente decidesse di no, il campione biologico sarà distrutto dopo l'analisi!
- Sono d'accordo che il materiale biologico rimanente e che i dati di laboratorio possono venir usati in forma anonima per controlli di qualità. **01136** ☐ SI ☐ NO

L'uso del Suo campione biologico e dei dati di laboratorio per motivi di ricerca

Se di principio Lei fosse d'accordo alla partecipazione a studi di ricerca, può dichiararlo qui sotto. In caso positivo, Lei sarebbe contattata/o in un secondo tempo con informazioni più precise. Una risposta positiva **non comporta ancora un consenso** alla partecipazione a studi concreti di ricerca.

- Di principio sono d'accordo che il mio campione biologico e i miei dati di laboratorio possono venir usati per motivi di ricerca. **01137** ☐ SI ☐ NO

Firma: _____ Luogo e data: _____

(Paziente o rappresentante legale: Genitore / Tutore)

Medico consulente:

Dichiaro di aver informato la/le persona/e nominata/e sopra, in base alla legge in vigore per esami genetici sull'essere umano (GUMG), sull'analisi genetica proposta compresi i limiti dell'analisi come pure di aver risposto alle domande post

Cognome: _____ Nome: _____

Firma: _____ Luogo e data: _____

Timbro: _____