

Code del
medico

Telefono

Telefax

Cognome																					
Nome																					
Nato/a il	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
c/o genitori																					
Via, N°.																					
CAP, città																					
Tel. paz.																					
N° paziente																					
Prelievo effettuato 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. Informazioni più dettagliate possono essere trovate nel foglio informativo „informazioni per i pazienti“ sul sito web dalla Società Svizzera 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): _____

Desidero sottopormi all'esame:

anche in caso di prestazione non obbligatoria o in assenza di garanzia d'assunzione dei costi **02211** SI NO

(I costi di CHF _____ sono a carico mio se necessario.)

solo in caso di prestazione obbligatoria o previa approvazione dei costi **02212** SI NO

02213 Inizio analisi: 1 - immediato 2 - previa approvazione dei costi 3 - previa nuova notifica
(Materiale viene conservato, prezzo: 54.90 CHF)

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

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 dei risultati di laboratorio (dati grezzi) per successive analisi

Sono d'accordo che il materiale biologico rimanente e che i dati di laboratorio siano 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 possano 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 poste.

Firma Timbro: _____ Luogo e data: _____