CONSENSO

© 2018 by
Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik
SGMG

labor team w ag
Blumeneggstrasse 55
9403 Goldach

t 071 844 45 45
f 071 844 45 46
info@team-w.ch

labor team

Code del medico

Telefono

Telefax

Cognome																		
Nome																		
Nato/a il		.	.														M ☐ F ☐	
c/o genitori																		
Via, N°.																		
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. 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 (Materiale viene conservato, prezzo: 54.90 CHF) ☐ 3 - previa nuova notifica

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: _____