

Nome Paziente:
Data di nascita:
Genere:
Indirizzo:
Assicurazione:

Consenso informato del test genetico

Confermo che durante la consulenza genetica sono stato adeguatamente informato sui diversi aspetti del test genetico, come spiegato nel foglio informativo "Informazioni per i pazienti". Ho ricevuto informazioni dettagliate e ho avuto tempo sufficiente per prendere una decisione.

1. Do il mio consenso per eseguire le seguenti analisi genetiche / es:

2. Per le seguenti malattie / es:

3. Una copia dei risultati del test genetico deve essere inviata a:

4. Voglio che il test genetico sia effettuato, anche se la mia assicurazione ha negato il pagamento (max. CHF _____)

Sì No

5. In riferimento alla domanda sopra riportata, vorrei essere informato/a sul risultato del test genetico

Sì No

6. Tralasciare la seguente domanda nel caso che il test genetico riguardi una singola mutazione.

Sono stato informato della possibilità di risultati incidentali e che questi non sono correlati al test richiesto sopra.

Voglio essere informato sui risultati casuali come segue:

Se sono portatore di un disturbo per il quale **sono** disponibili misure preventive e / o terapeutiche

Sì No

Se sono portatore di un disturbo per il quale **non sono** disponibili misure preventive e / o terapeutiche

Sì No

Se sono un portatore sano di un disturbo recessivo

Sì No

Non voglio essere informato sui risultati casuali

7. Do il consenso a:

Conservare il mio campione per test futuri (sul mio interesse e con la mia richiesta)

Sì No

Per utilizzare il mio campione per il controllo di qualità

Sì No

Per utilizzare il mio campione e dati per domande di ricerca (compresa qualsiasi successiva pubblicazione su riviste scientifiche di dati anonimizzati)

Sì No

Firma: _____
(Paziente o genitore / tutore legale)

Luogo e data: _____

Consigliere medico:

Dichiaro di aver informato la persona sopra menzionata secondo la legge sui test genetici sugli esseri umani (GUMG) in merito ai test genetici pianificati e ai loro limiti e di aver fornito risposte alle domande dei pazienti.

Firma: _____
(Nome e timbro del medico)

Luogo e data: _____