

# Modulo di consenso per i test genetici

## Dati del paziente

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Confermo di aver ricevuto una consulenza genetica e di aver avuto sufficiente tempo per fare domande e sufficiente tempo di riflessione. Il mio medico mi ha informato che questa consulenza è conforme alla legge sui test genetici sugli esseri umani (GUMG). Con la mia firma, acconsento all'analisi genetica.

Informazioni cliniche:

Analisi genetica:

prenatale

postnatale

predittivo/presintomatico

## Desidero sottopormi all'esame

anche se non si tratta di una prestazione obbligatoria o se non è stata concessa alcuna approvazione dei costi

☐ Sì

☐ No

e mi farò carico personalmente dei costi di CHF

## Acconsento alla conservazione del materiale d'esame

per eventuali ulteriori analisi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
per controlli di qualità in forma anonima	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
per motivi di ricerca in forma anonima	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

## Voglio essere informato

sui risultati dell'indagine riguardante la mia domanda	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
sui risultati inattesi di rilevanza clinica non correlati alla domanda	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se sono note misure preventive o terapeutiche	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se non è attualmente nota alcuna terapia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Sui risultati inattesi Portatrice/ore sana/o di una malattia recessiva che potrebbe manifestarsi nei discendenti o nei parenti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Luogo e data:

Firma del paziente o del  
rappresentante legale:

Firma e timbro del medico: