

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 e mi farò carico personalmente dei costi di CHF .

Acconsento alla conservazione del materiale d'esame

per eventuali ulteriori analisi	Si	No
per controlli di qualità in forma anonima	Si	No
per motivi di ricerca in forma anonima	Si	No

Voglio essere informato

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

Luogo e data:

Firma del paziente o del
rappresentante legale:

Firma e timbro del medico: