



Consenso informato per il test genetico

Aprile 2026

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____

Confermo che, nell'ambito di una seduta di consulenza genetica, sono stato/a informato/a sui diversi aspetti del test genetico come spiegato nel foglio informativo "Informazioni per i pazienti". Ho compreso le informazioni e ho avuto tempo sufficiente per prendere una decisione informata.

Do il mio consenso per le seguenti analisi genetiche:

_____ prenatale postnatale predittiva/presintomatica

Per la seguente **indicazione**: _____

- Eeguire l'analisi anche se non è inclusa nell'elenco dei test rimborsabili o in assenza di conferma della copertura dei costi da parte della mia assicurazione sanitaria (mi farò carico dei costi se necessario) SÌ NO

Comunicazione di eventuali risultati aggiuntivi non previsti dall'analisi genetica

Non viene effettuata alcuna analisi sistematica per informazioni non correlate all'indicazione clinica. La produzione di informazioni eccedenti durante le analisi genetiche deve essere evitata il più possibile (art. 9 LAGH).

Qualora tuttavia emergessero informazioni genetiche non direttamente correlate alla patologia ma potenzialmente utili per la mia salute o per quella dei miei familiari,

- Desidero essere informato/a SÌ NO

In assenza di risposta, si presumerà che non si desidera essere informati di eventuali risultati aggiuntivi non previsti.

Se desidera conoscere solo determinati tipi di risultati, li indichi qui: _____

Conservazione e utilizzo del materiale biologico residuo e dei dati derivanti dall'analisi genetica

- Acconsento alla conservazione del materiale biologico residuo e dei dati per eventuali ulteriori analisi. Il mio consenso informato sarà necessario qualora vengano richieste ulteriori analisi. SÌ NO

Se si seleziona "No", il campione biologico residuo e i dati saranno distrutti entro i termini previsti dalle leggi federali e cantonali.

- Acconsento che il mio campione biologico e i dati vengano conservati e utilizzati allo scopo di migliorare la qualità delle analisi genetiche. SÌ NO

Firma: _____ Luogo e data: _____
(Paziente o genitore/rapresentante legale)

Medico:

Dichiaro di aver informato la/e persona/e sopra menzionata/e, conformemente alla legge sugli esami genetici umani (LAGH), in merito ai test genetici previsti e ai loro limiti, e di aver risposto alle loro domande.

Cognome: _____ Nome: _____

Firma: _____ Luogo e data: _____ Timbro: