

Dichiarazione di consenso per l'utilizzo di dati sanitari e campioni a fini di ricerca

Cognome e nome

Data di nascita

A Acconsento a che i miei dati sanitari e i miei campioni biologici residui raccolti nel quadro dell'assistenza medica ricevuta (visite ambulatoriali e ricoveri) vengano conservati, trasmessi e utilizzati a fini di ricerca.

SÌ

NO

Se la Sua risposta è «SÌ», risponda al punto B. Se la Sua risposta è «NO», passi direttamente al punto C.

B Acconsento a che mi venga prelevato un campione di sangue aggiuntivo di 7,5 mL per la Biobanca genomica del CHUV da destinare ad analisi genetiche a scopo di ricerca.

- In occasione del mio trattamento presso il CHUV, mi potrà essere fatto un prelievo aggiuntivo di 7,5 mL di sangue.
- Tale prelievo permetterà di compiere delle analisi genetiche a fini di ricerca.

SÌ

NO

Qualunque sia la Sua risposta, passi al punto C.

C Conferma della decisione

Ho compreso:

- le spiegazioni fornite nel documento informativo sull'utilizzo dei miei dati clinici e campioni biologici a fini di ricerca;
- che sono libero di rivolgermi all'Unità di consenso alla ricerca del CHUV, i cui dati di contatto sono riportati in fondo al presente formulario, o a un professionista della sanità incaricato del mio trattamento presso il CHUV per ottenere maggiori informazioni e spiegazioni più dettagliate;
- che i miei dati personali sono protetti e che verranno codificati o anonimizzati prima di essere utilizzati per la ricerca;
- che i miei dati e campioni biologici potranno essere utilizzati in progetti di ricerca nazionali e internazionali in strutture pubbliche e private;
- che nell'ambito di tali progetti potrebbero essere compiute analisi genetiche sui miei campioni a scopo di ricerca;
- che potrei essere ricontattato qualora emergessero risultati rilevanti per la mia salute;
- che la mia decisione è volontaria e non avrà alcuna ripercussione sul mio trattamento medico;
- che la mia decisione resterà valida a tempo indeterminato a meno che io revochi il mio consenso;
- che ho il diritto di revocare il mio consenso in qualsiasi momento senza dovere giustificare la mia decisione;
- che se non firmo la presente dichiarazione di consenso o spunto l'opzione «NO» al punto A e firmo la presente dichiarazione, i miei dati clinici e campioni biologici non potranno essere utilizzati per la ricerca.

Luogo e data

Firma del paziente

In caso di domande o osservazioni, non esiti a mettersi in contatto con noi.