

Dichiarazione di consenso per l'uso di dati sanitari e campioni a fini di ricerca per il rappresentante legale di un paziente minorenne di età inferiore ai 14 anni

Nome e cognome del bambino

Data di nascita del bambino

Nome e cognome del rappresentante legale

Indirizzo del rappresentante legale

Indicare la connessione con il bambino

Numero di telefono del rappresentante legale

A. Accetto che i dati sanitari e i campioni biologici residui raccolti durante le restanti cure (consultazioni ambulatoriali e ricoveri) di mio figlio vengano conservati, trasmessi e utilizzati a scopo di ricerca.

sì no

Qualunque sia la risposta, passare al punto B.

B. Conferma della mia decisione

In qualità di rappresentante legale della persona sopra identificata, ho compreso:

- che sto prendendo le decisioni di cui sopra a suo nome, tenendo in considerazione la sua opinione;
- che la informerò, nella misura delle sue capacità, delle decisioni che ho preso nell'ambito del consenso generale alla ricerca; informerò anche la persona che mi succederebbe come rappresentante legale;
- che le mie decisioni sono volontarie e non hanno alcun effetto sul trattamento medico di mio figlio;
- che le mie decisioni sono valide fino a quando mio figlio ha raggiunto l'età di 18 anni, a meno non cambiamo idea nel frattempo;
- che fino a quando mio figlio non ha raggiunto l'età di 18 anni, posso ritirare questo consenso in qualsiasi momento senza dover giustificare la mia decisione. Questa decisione deve essere presa congiuntamente con mio figlio;
- che dall'età di 18 anni, mio figlio riceverà la documentazione a suo nome per prendere una posizione sul riutilizzo a scopo di ricerca dei suoi dati e dei suoi campioni biologici;
- le spiegazioni sul riutilizzo di dati sanitari e dei campioni biologici a fini di ricerca, dettagliate nell'opuscolo informativo;
- che sono libero di contattare l'HFR ai recapiti indicati in fondo a questo modulo o un medico HFR per ottenere ulteriori informazioni e spiegazioni;
- che i dati personali di mio figlio sono protetti e che saranno utilizzati solo per la ricerca in modo codificato o anonimizzato;
- che i suoi dati e campioni biologici possono essere utilizzati in progetti di ricerca nazionali e

internazionali, nel settore pubblico e privato;

- che i progetti possano includere analisi genetiche sui suoi campioni, a fini di ricerca;
- che potrei essere contattato di nuovo nel caso in cui vengano evidenziati risultati rilevanti per la salute di mio figlio;
- che se scelgo “NO” al punto A al momento della firma di questa dichiarazione, i suoi dati clinici e campioni biologici non potranno essere utilizzati per la ricerca;
- che se non firmo la dichiarazione di consenso, la legge prevede che i suoi dati e campioni possano essere utilizzati eccezionalmente se la commissione etica competente dà la sua autorizzazione speciale.

Confermo di aver informato mio figlio, nei limiti della sua capacità di discernimento, e prendo le decisioni di cui sopra rispettando la sua volontà.

Luogo e data

Firma del rappresentante legale del minore
(obbligatoria)

Luogo e data

Firma del bambino

Il genitore firmatario è tenuto a informare l'altro genitore.

In caso di domande o commenti, non esitate a contattarci.

Tramite lettera:

HFR - ospedale di Friburgo, Direzione medica
Casella postale 1708 Friburgo

Via e-mail:

direction.medicale@h-fr.ch

Telefonicamente:

Direzione medica
T +41 26 306 01 60
Lun-ven: 8:30 – 11:30 / 13:30 – 16:30

Informazioni aggiuntive

www.h-fr.ch/nos-recherches/consentement-general

