

Dichiarazione di consenso per l'uso di dati sanitari e campioni a fini di ricerca per il paziente minorenne di età tra i 14 anni e i 17 anni

Nome e cognome del paziente

Data di nascita del paziente

Nome e cognome del rappresentante legale

Indirizzo del rappresentante legale

Indicare la connessione con il paziente minorenne

Numero di telefono del rappresentante legale

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

sì no

Qualunque sia la risposta, passare al punto B.

B. Conferma della mia decisione

Ho capito:

- 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 miei dati personali sono protetti e che saranno utilizzati solo per la ricerca in modo codificato o anonimizzato;
- che i miei 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 le mie decisioni sono libere e volontarie e non cambiano nulla del mio trattamento medico;
- che le mie decisioni sono valide fino a quando non compio 18 anni, a meno che non cambi idea nel frattempo;
- che posso revocare questo consenso in qualsiasi momento senza dover spiegare il motivo;
- che dall'età di 18 anni avrò nuovamente l'opportunità di esprimere la mia scelta di partecipare o meno alla ricerca;
- che potrei essere contattato di nuovo nel caso in cui vengano evidenziati risultati rilevanti per la mia salute;

- che se scelgo “NO” al punto A al momento della firma di questa dichiarazione, i miei 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 miei dati e campioni possano essere utilizzati eccezionalmente se la commissione etica competente dà la sua autorizzazione speciale.

Luogo e data

Firma del paziente

Luogo e data

Firma del rappresentante legale

- Il minore non è in grado di prendere questa decisione e firmare questo documento.
In questo caso, la firma del rappresentante legale è obbligatoria.

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

