


<b>REGIONE TOSCANA</b> 	<b>LOGO AZIENDALE</b>	cod. az.	
		Revisione	
		Data	
		Pagina	
		Documento di riferimento	

**DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT/REFUZ AL CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT**  
**cu privire la testul pentru determinarea riscului**  
**de aneuploidie a cromozomilor 21, 18, 13 și a cromozomilor sexuali prin secvențierea ADN-ului care circulă liber**  
**în plasma maternă**  
**(NIPT, Testare prenatală ne invazivă) - sarcini unice și sarcini gemelare**

Subsemnata (Nume, Prenume) \_\_\_\_\_

Născută la \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_

Rezidentă pe \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Str \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Tel. mobil \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Cod fiscal italian \_\_\_\_\_

**Declar că:**


au primit informații corespunzătoare privind „Testul pentru determinarea riscului de aneuploidie a cromozomilor 21, 18, 13 și a cromozomilor sexuali prin secvențierea ADN-ului care circulă liber în plasma maternă”, care se va efectuat prin intermediul CE-IVD VeriSeq™ NIPT Soluție în versiunea a 2-a în cadrul SOD Diagnostica Genetica AOU Careggi.

**De asemenea, declar că:**

1. am primit, am citit și am înțeles documentul „Informații privind testul pentru determinarea riscului de aneuploidie a cromozomilor 21, 18, 13 și a cromozomilor sexuali prin secvențierea ADN-ului care circulă liber în plasma maternă” obiect al acestei declarații de consimțământ;
2. am primit informații exhaustive și am înțeles pe deplin ceea ce mi-a fost explicat
3. am fost informată corespunzător cu privire la tipul, scopul și modalitatea de desfășurare a prestației propuse;
4. am fost informată în mod corespunzător cu privire la avantajele și limitările pe care le prezintă testul;
5. am înțeles că acesta este un test de screening pentru aneuploidia cromozomilor investigați și că eventuale rezultate cu risc ridicat necesită verificarea prin teste diagnostice (cariotip fetal) efectuate printr-un diagnostic prenatal invaziv;
6. am avut ocazia de a pune întrebări și de a primi răspunsuri satisfăcătoare;
7. am avut tot timpul necesar pentru a decide dacă să efectuez sau nu testul.

**Prin urmare, în mod liber, spontan și pe deplin conștientă:**

<input type="checkbox"/> SUNT DE ACORD <input type="checkbox"/> NU SUNT DE ACORD	să efectuez proba de sânge venos și testul propus
<input type="checkbox"/> SUNT DE ACORD <input type="checkbox"/> NU SUNT DE ACORD	ca rezultatele testului, dacă prezintă un risc ridicat sau FF necorespunzătoare, să fie trimise și la Centrul de Diagnosticare Prenatală indicat mai jos   
<input type="checkbox"/> SUNT DE ACORD <input type="checkbox"/> NU SUNT DE ACORD	să fiu contactată de personalul SOD Diagnostica Genetica a AOU Careggi și al Centrului de Diagnosticare Prenatală indicat în legătură cu rezultatul testului sau cu activitatea de urmărire
<input type="checkbox"/> SUNT DE ACORD <input type="checkbox"/> NU SUNT DE ACORD	ca rezultatele testului să fie trimise Centrului în cadrul căruia am efectuat testul combinat/ecografia cu evaluarea translucidenței nucleare

<b>REGIONE TOSCANA</b> 	<b>LOGO AZIENDALE</b>	cod. az.	
		Revisione	
		Data	
		Pagina	
		Documento di riferimento	

**DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT/REFUZ AL CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT**  
**cu privire la testul pentru determinarea riscului**  
**de aneuploidie a cromozomilor 21, 18, 13 și a cromozomilor sexuali prin secvențierea ADN-ului care circulează liber**  
**în plasma maternă**  
**(NIPT, Testare prenatală ne invazivă) - sarcini unice și sarcini gemelare**

<input type="checkbox"/> SUNT DE ACORD <input type="checkbox"/> NU SUNT DE ACORD	cu utilizarea anonimă a probei care rămâne după testare, pentru standardizarea noilor metode de laborator
<input type="checkbox"/> SUNT DE ACORD <input type="checkbox"/> NU SUNT DE ACORD	cu utilizarea anonimă a datelor testului efectuat, pentru standardizarea noilor metode de laborator

În fine, declar că sunt informată cu privire la posibilitatea de **REVOCARE** a acestui consimțământ în orice moment înainte ca rezultatul să-mi fie comunicat.

Data \_\_\_\_\_ Semnătură \_\_\_\_\_

Profesionistul în domeniul sănătății care colectează declarația

Prenume și Nume/Ștampilă \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Mediatorul cultural (eventual) \_\_\_\_\_ Semnătura \_\_\_\_\_

*(prenume, nume de tipar și semnătură)*

În cazul pacienților minori, interziși sau supuși administrației de sprijin, consimțământul este exprimat în mod valabil de către următoarele persoane legitime:

Dl. / Dna \_\_\_\_\_

Născut/ă la \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

în calitate de \_\_\_\_\_

Martor/i (eventual/i) \_\_\_\_\_ Semnătură \_\_\_\_\_

*(prenume, nume de tipar și semnătură)*

### **REVOCAREA CONSIMȚĂMÂNTULUI**

Subsemnata \_\_\_\_\_

la data de \_\_\_\_\_

Declar că vreau să REVOC consimțământul pentru prestația „Test pentru determinarea riscului de aneuploidie a cromozomilor 21, 18, 13 și a cromozomilor sexuali prin secvențierea ADN-ului care circulează liber în plasma maternă”

Semnătură \_\_\_\_\_