

BLUTSPENDE SRK **NORDWESTSCHWEIZ***Spender- oder Entnahmenummer***Dichiarazione di consenso informato per l'utilizzo di dati sanitari personali e di campioni a scopo di ricerca (Consenso generale)**.....
Nome e cognome della donatrice o del donatore.....
Data di nascita

Con la presente acconsento che i miei dati sanitari personali e i miei campioni raccolti o prelevati durante la mia donazione di sangue, siano messi a disposizione per la ricerca.

☐ Si☐ No**Confermo di aver compreso**

- le spiegazioni che mi sono state date nel foglio informativo allegato sull'utilizzo dei miei dati sanitari personali e campioni. Ho letto e capito queste informazioni;
- che i miei dati personali sono protetti;
- che i miei dati sanitari personali e i campioni potranno essere utilizzati in progetti di ricerca nazionali e internazionali in strutture pubbliche e private;
- che i progetti potrebbero includere analisi genetiche sui campioni a scopo di ricerca;
- che potrei essere ricontattata/o in caso di risultati rilevanti per la mia salute, se queste informazioni non sono disponibili in forma anonima;
- che la mia decisione è volontaria e non ha alcun effetto sulla mia attività di donatrice/donatore di sangue;
- che la mia decisione vale a tempo indeterminato;
- che posso revocare il mio consenso in qualunque momento e senza dover giustificare la mia decisione, a meno che i dati dei campioni non siano stati anonimizzati.

.....
Luogo, data.....
Firma della donatrice o del donatore

Se lo desidera, riceverà una copia di questa pagina con la firma.

In caso di ulteriori domande si rivolga al: Tel. +41 (0)58 404 01 00 o info@blutspende-nw.ch

Von den Mitarbeitenden der Blutspende Nordwestschweiz auszufüllen:☐ Eintrag im LIS erfolgt

Datum/Visum: