


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

**DEKLARATË E MIRATIMIT/MOSMIRATIMIT TË INFORMUAR**  
**për testin e përcaktimit të rrezikut**  
**nga aneuploidie të kromozomeve 21, 18, 13 dhe të kromozomeve seksuale me anë të sekuencimentit të ADN-së**  
**së lirë qarkulluese në plazmën materno**  
**(NIPT, Testimi Prenatal Jo-Invaziv) - shtatzënitë me një bebe dhe shtatzënitë me binjakë**

Unë e nënshkruara (Mbiemri, Emri)

Lindur në \_\_\_\_\_ më \_\_\_\_\_

Rezidente në \_\_\_\_\_ Provinca \_\_\_\_\_

Rruga \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Celulari \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Kodi fiskal \_\_\_\_\_

#### Deklaroj se:


kam marrë informacionet e duhura në lidhje me shërbimin “Test për përcaktimin e rrezikut nga aneuploidie të kromozomeve 21, 18, 13 dhe të kromozomeve seksuale me anë të sekuencimentit të ADN-së së lirë qarkulluese në plazmën materno”, i cili do të bëhet me anë të CE-IVD VeriSeq™ NIPT Solution versioni 2 pranë SOD Diagnostica Genetica AOU Careggi.

#### Përveç kësaj, deklaroj se:

1. kam marrë, lexuar dhe kuptuar dokumentin “Informativa për testin për përcaktimin e rrezikut nga aneuploidie të kromozomeve 21, 18, 13 dhe të kromozomeve seksuale me anë të sekuencimentit të ADN-së së lirë qarkulluese në plazmën materno” që më është paraqitur sipas kësaj deklarate miratimi;
2. kam marrë një informacion të plotë dhe kam kuptuar plotësisht atë që më është shpjeguar;
3. më kanë informuar në mënyrë adekuate për llojin, qëllimin dhe mënyrën e kryerjes së shërbimit të propozuar;
4. më kanë informuar në mënyrë adekuate në lidhje me avantazhet dhe kufizimet e testit të cilit do t’i nënshtrohem;
5. kam kuptuar se ky është një test i screening për aneuploidie të kromozomeve të hetuara dhe se rezultatet eventuale të rrezikut të lartë kërkojnë verifikimin me anë të testeve diagnostikuese (kariotip fetal) që mund të kryhen me anën e diagnozës prenatale invazive;
6. kam pasur mundësinë që të bëj pyetje dhe kam marrë përgjigje të kënaqshme;
7. kam pasur të gjithë kohën e nevojshme për të vendosur që ta kryej ose që të mos e kryej testin.

#### Prandaj lirisht, spontanisht dhe me ndërgjegje të plotë:

- |                                |                                    |  |
|--------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> LEJOJ | <input type="checkbox"/> NUK LEJOJ | që ta kryej prelevimin e gjakut venoz dhe testin e propozuar   |
| <input type="checkbox"/> LEJOJ | <input type="checkbox"/> NUK LEJOJ | që rezultatet e testit, kur është me rrezik të lartë ose me FF të papërshtatshme, të dërgohen edhe te Qendra e Diagnozës Prenatale siç tregohet më poshtë          |
| <hr/>                          |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> LEJOJ | <input type="checkbox"/> NUK LEJOJ | se më ka kontaktuar personeli i SOD Diagnostica Genetica i AOU Careggi dhe Centro di Diagnosi Prenatale përkatës në lidhje me rezultatin e testit ose të follow up |
| <input type="checkbox"/> LEJOJ | <input type="checkbox"/> NUK LEJOJ | që rezultatet e testit të dërgohen në Qendrën ku kam bërë testin e kombinuar /ekografisë me vlerësim të translucencës nukale                                       |

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

**DEKLARATË E MIRATIMIT/MOSMIRATIMIT TË INFORMUAR**

**për testin e përcaktimit të rrezikut**

**nga aneuploidie të kromozomeve 21, 18, 13 dhe të kromozomeve seksuale me anë të sekuencimentit të ADN-së**

**së lirë qarkulluese në plazmën maternë**

**(NIPT, Testimi Prenatal Jo-Invaziv) - shtatzënitë me një bebe dhe shtatzënitë me binjakë**

- ☐ LEJOJ
 ☐ NUK LEJOJ
 

përdorimin në mënyrë anonime të kampionit që mbetet pas testit, për standardizimin e metodave të reja laboratorike
- ☐ LEJOJ
 ☐ NUK LEJOJ
 

përdorimin në mënyrë anonime e të dhënave të testit të bërë, për standardizimin e metodave të reja laboratorike

Së fundi, deklaroj se jam në dijeni për mundësinë për të **REVOKUAR** këtë miratim në çdo moment përpara se të njoftohet rezultati.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Profesionisti sanitar që pranon deklaratën

Mbiemri dhe Emri/Vula \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Mediatori kultural (eventual) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*(emri, mbiemri me germa shtypi dhe firma)*

Në rastin e pacientëve të mitur, me iterdikt ose që i janë nënshtruar administrimit mbështetës, miratimi shprehet në mënyrë të vlefshme nga subjekti/subjektet i/e legjitimuar si në vijim:

Z./nja \_\_\_\_\_

Lindur në \_\_\_\_\_ më \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

në cilësinë e \_\_\_\_\_

Dëshmitari/ët (eventual/ë) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*(emri, mbiemri me germa shtypi dhe firma)*

### **REVOKIMI I MIRATIMIT**

Unë e nënshkruara \_\_\_\_\_

me datën \_\_\_\_\_

Deklaroj se dëshiroj të REVOKOJ miratimin për shërbimin “Test për përcaktimin e rrezikut nga aneuploidie të kromozomeve 21, 18, 13 dhe të kromozomeve seksuale me anë të sekuencimentit të ADN-së së lirë qarkulluese në plazmën maternë”.

Firma \_\_\_\_\_