SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

RegioneEmilia-Romagna

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, PARTICOLARI, GENETICI E DEI CAMPIONI BIOLOGICI PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT)

per minori e rappresentanza legale

(ذاتی، خصوصی اور جینیاتی اعداد و شمار کے عملدرآمد اور غیر مُتجاوز قبل از پیدائش جانچ (NIPT) کے لیے حیاتیاتی نمونوں کے استعمال کے لیے باخبر رضامندی)

(نابالغ افراد اور قانونی نمائندگی کے لیے)

میں، راقم الحروف ____________________

کے ____________________ صوبہ میں پیدا ہوا- ________ (تاریخ)

کو ____________________

رہائش پذیر ہوں ____________________ صوبہ _____ اسٹریٹ پتہ ____________________

ٹیلیفون ____________________ ای میل ____________________

میری حیثیت میں بطور

rappresentante legale قانونی نمائندہ (*)

____

(specificare se esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore, amministratore di sostegno)

(وضاحت کریں کہ آیا والدین کی ذمہ داری، اتالیق، محافظ، سرپرست پر عمل کر رہے ہیں)

☐ congiunto شریک حیات (*)
☐ famigliare خاندانی رکن (*)
☐ convivente شریک ساتھی (*)
☐ responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato اس سہولت کا انچارج شخص جس میں اعداد و شمار سے متعلق فرد رہ رہا ہے (*)

میں، راقم الحروف ____________________

کے ____________________ صوبہ میں پیدا ہوا- ________ (تاریخ)

کو ____________________

رہائش پذیر ہوں ____________________ صوبہ _____ اسٹریٹ پتہ ____________________

ٹیلیفون ____________________ ای میل ____________________

میری حیثیت میں بطور

rappresentante legale قانونی نمائندہ (*)

____

(specificare se esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore, amministratore di sostegno)

(وضاحت کریں کہ آیا والدین کی ذمہ داری، اتالیق، محافظ، سرپرست پر عمل کر رہے ہیں)

☐ congiunto شریک حیات (*)
☐ famigliare خاندانی رکن (*)
☐ convivente شریک ساتھی (*)
☐ responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato اس سہولت کا انچارج شخص جس میں اعداد و شمار سے متعلق فرد رہ رہا ہے (*)

(*) از مریض

____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

کے____ صوبہ میں پیدا ہوا۔ ________ (تاریخ) کو_________________________

رہائش پذیر ہوں _____________________________ صوبہ______ اسٹریٹ پتہ____

ٹیلیفون____ ای میل ____

میں/ہم تصدیق کرتے ہیں کہ میں/ہم:

- 5 جون 2019 کے فیصلہ نمبر 146 میں بیان کردہ مواد کے مطابق، 2016/04/27 کے EU ضابطہ 679/2016 اور 15 دسمبر 2016 کو اعداد و شمار کے تحفظ کی اتھارٹی نمبر 2016/8 کی عمومی اجازت کے مطابق جاری شدہ، ذاتی، خصوصی اور جینیاتی اعداد و شمار کے عملدرآمد اور غیر مُتجاوز آور قبل از پیدائش جانچ (NIPT) کے لیے حیاتیاتی نمونوں کے استعمال سے متعلق نوٹس'' موصول کر لیا ہے، اور اُسے پڑھ کر سمجھ لیا ہے؛
- وہ تمام سوالات پوچھنے کا موقع ملا ہے جنہیں میں نے مناسب سمجھا اور ایسے جوابات موصول کیے ہیں جن کے بارے میں مجھے یقین ہے کہ وہ مکمل ہیں؛
- نابالغ اور نوزائیدہ بچے کے ذاتی، خصوصی اور جینیاتی اعداد و شمار کے عملدرآمد کے لیے رضامندی دیتے ہیں، اور حیاتیاتی نمونے وقت کی حدود کے اندر اور مذکورہ نوٹس (پوائنٹ A) میں بتائے گئے طریقے سے لیے گئے؛
- ''ذاتی، خصوصی اور جینیاتی اعداد و شمار کے عملدرآمد اور غیر مُتجاوز قبل از پیدائش جانچ (NIPT) کے لیے حیاتیاتی نمونوں کا استعمال''؛ کے حوالے سے نوٹس میں ممکنہ مستقبل کے لیے لیے گئے جینیاتی اعداد و شمار اور حیاتیاتی نمونوں کو ذخیرہ کرنے اور استعمال کرنے کے لیے رضامندی دیتے ہیں جو ''مقاصد'' کے عنوان سے پیراگراف کے پوائنٹ B میں بتائے گئے ادارہ جاتی مقاصد کے ساتھ ہم آہنگ ہو؛
- حیاتیاتی نمونوں کے ذخیرہ اور ان کے استعمال کے لیے کسی بھی وقت اور کوئی وضاحت فراہم کیے بغیر رضامندی واپس لینے کے امکان کے بارے میں مناسب معلومات موصول کی ہیں؛
- voler conoscere i risultati dell'esame o della ricerca, comprese eventuali notizie inattese che mi riguardano;
- بشمول میرے بارے میں کوئی غیر متوقع معلومات؛ امتحان یا تحقیق کے نتائج جاننا چاہتا ہوں/چاہتے ہیں؛

SI (ہاں) ☐ **NO** (نہیں) ☐

اگر آپ اس مقام پر اپنی رضامندی کو روکنے کا انتخاب کرتے ہیں، تو NIPT کی جانچ کے ساتھ آگے بڑھنا ممکن نہیں ہوگا۔

میں/ہم اس بات کی بھی تصدیق کرتے ہیں کہ میں/ہم اس حقیقت سے واقف ہیں کہ میں/ہم کسی بھی وقت اپنی خواہش کا تحریری نوٹس Azienda USL di Bologna، Via Castiglione n. 29 40124 - Bologna کو بھیج کر یا: PEC protocollo@pec.ausl.bologna.it – dpo@ausl.bo.it پر ای میل کے ذریعہ مذکورہ بالا عملدرآمد سے اس رضامندی کو واپس لے سکتے ہیں۔

In caso di minori, *نابالغ افراد کی صورت میں*، دونوں والدین کے دستخط کیے جائیں

مقام اور تاریخ _________________________ Firma madre (والدہ کی دستخط) _______________________________

Firma padre (والد کی دستخط) ________________________________

In caso di rappresentanza legale (قانونی نمائندگی کے معاملہ میں)

مقام اور تاریخ، _________________________ Firma dell'avente diritto (حقوق رکھنے والے کی دستخط) ___________________________

اعلان کرنے والے اور اعداد و شمار سے متعلق فرد کی شناختی دستاویز یا فوٹو آئی ڈی کے دوسرے قبول شدہ فارم کی ایک کاپی منسلک کریں، اور نیچے دیے گئے سیکشن کو مکمل کریں

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
(بیان حلفی کے عوض میں اعلامیہ)
(شق کے مطابق۔ صدارتی فرمان 47 از 2000/445)

میں، راقم الحروف ___________________________________ کے صوبہ میں ________________________ _پیدا ہوا۔ ______

(تاریخ) کو_________________ رہائش پذیر ہوں_____________________ صوبہ_____ اسٹریٹ پتہ_______________________________________

غلط بیانات دینے پر قابل اطلاق مجرمانہ سزاؤں سے آگاہ رہتے ہوئے، جیسا کہ شق میں قائم ہے۔ صدارتی فرمان 76 از 2000/445

اپنی ذمہ داری کے تحت اعلان کرتا ہوں کہ:

di essere il legale rappresentante/tutore/ADS di (کہ میں کا قانونی نمائندہ/اتالیق/سرپرست ہو) ____

مقام اور تاریخ ____________________________ Firma (دستخط)____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

RegioneEmilia-Romagna

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST PRENATALE NON INVASIVO PER LA DETERMINAZIONE DEL RISCHIO DI ANEUPLOIDIE DEI CROMOSOMI 21, 18, 13 MEDIANTE ANALISI DEL DNA LIBERO CIRCOLANTE NEL PLASMA MATERNO

per minori e rappresentanza legale

(زچگی میں آزادانہ طور پر گردش کرنے والے DNA کے تجزیہ کے ذریعہ کروموسوم 21، 18 اور 13 کے بے ترتیب ہونے کے خطرے کا تعین کرنے کے لیے غیر مُتجاوز قبل از پیدائش جانچ کے لیے باخبر رضامندی)

(نابالغ افراد اور قانونی نمائندگی کے لیے)

میں، راقم الحروف ____

کے________________________________ صوبہ میں پیدا ہوا- _______ (تاریخ) کو______________

رہائش پذیر ہوں ______________ صوبہ_____ اسٹریٹ پتہ______________________

ٹیلیفون______________________ ای میل ______________________

میری حیثیت میں بطور

rappresentante legale قانونی نمائندہ (*)

____

(specificare se esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore, amministratore di sostegno)

(وضاحت کریں کہ آیا والدین کی ذمہ داری، اتالیق، محافظ، سرپرست پر عمل کر رہے ہیں)

congiunto شریک حیات (*) □
famigliare خاندانی رکن (*) □
convivente شریک ساتھی(*) □
responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato اس سہولت کا انچارج شخص جس میں اعداد و شمار سے متعلق فرد رہ رہا ہے (*) □

میں، راقم الحروف ____

کے________________________________ صوبہ میں پیدا ہوا- _______ (تاریخ) کو______________

رہائش پذیر ہوں ______________ صوبہ_____ اسٹریٹ پتہ______________________

ٹیلیفون______________________ ای میل ______________________

میری حیثیت میں بطور

rappresentante legale قانونی نمائندہ (*)

____

(specificare se esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore, amministratore di sostegno)

(وضاحت کریں کہ آیا والدین کی ذمہ داری، اتالیق، محافظ، سرپرست پر عمل کر رہے ہیں)

congiunto شریک حیات (*) □
famigliare خاندانی رکن (*) □
convivente شریک ساتھی(*) □
responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato اس سہولت کا انچارج شخص جس میں اعداد و شمار سے متعلق فرد رہ رہا ہے (*) □

della paziente (از مریض)______________________

کے_______________________________________ صوبہ میں پیدا ہوا۔ _______ (تاریخ)
کو______________________________

رہائش پذیر ہوں _______________________ صوبہ_____ اسٹریٹ پتہ_____________________________________

ٹیلیفون_______________________________________ ای میل ____

میں/ہم تصدیق کرتے ہیں کہ میں/ہم:

نے ''ماں کے پلازما میں آزادانہ طور پر گردش کرنے والے DNA کے تجزیہ کے ذریعہ کروموسوم 21، 18 اور 13 کے اینیوپلوئڈی (کروموسوم کی تعداد میں نصف سے کمی یا زیادتی) کے خطرے کا تعین کرنے کے لیے غیر مُتجاوز قبل از پیدائش جانچ ((NIPT'' کی کارکردگی کے بارے میں کافی معلومات حاصل کر لی ہیں۔

میں/ہم اس بات کی بھی تصدیق کرتے ہیں کہ میں/ہم:

- ''زچگی کے پلازما میں آزادانہ طور پر گردش کرنے والے DNA کے تجزیہ کے ذریعہ کروموسوم 21، 18 اور 13 کے اینیوپلوئڈی (کروموسوم کی تعداد میں نصف سے کمی یا زیادتی) کے خطرے کا تعین کرنے کے لیے غیر مُتجاوز قبل از پیدائش جانچ (NIPT) کے حوالہ سے نوٹس'' کو موصول کر لیا، بغور پڑھ لیا ہے اور پوری طرح سمجھ لیا ہے؛
- وہ تمام سوالات پوچھنے کا موقع ملا ہے جنہیں میں نے مناسب سمجھا، ایسے جوابات موصول کیے ہیں جن کے بارے میں مجھے یقین ہے کہ وہ مکمل ہیں؛ اور جو بھی مجھے سمجھایا گیا ہے اُسے مکمل طور پر سمجھ لیا ہے؛
- مناسب طریقے سے اس قسم، مقصد اور طریقہ کے بارے میں مطلع کیا گیا ہے جس کے ذریعہ مجوزہ طریقہ کار کو انجام دیا جانا ہے؛
- نابالغ پر کی جانے والی جانچ کے فوائد اور حدود کے بارے میں مناسب طور پر آگاہ کر دیا گیا ہے؛
- اس بات کو سمجھتا ہوں کہ یہ زیر تفتیش کروموسوم کی اینیوپلوئڈی (کروموسوم کی تعداد میں نصف سے کمی یا زیادتی) کے لیے ایک اسکریننگ جانچ ہے، اور اگر یہ نتائج اعلیٰ سطح کے خطرے کی نشاندہی کرتے ہیں، تو ان کو تشخیصی جانچوں (جنینی نواتی قسم) کے ذریعہ چیک کرنا ضروری ہوگا، جس میں غیر مُتجاوز قبل از پیدائش کی تشخیص شامل ہے؛

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

RegioneEmilia-Romagna

- اس بات کو سمجھتا ہوں کہ یہ زیر تفتیش کروموسوم کی اینیوپلوئڈی (کروموسوم کی تعداد میں نصف سے کمی یا زیادتی) کے لیے اسکریننگ جانچ ہے، اور اگر نتائج سے خطرے کی کم سطح کی نشاندہی ہوتی ہے، تو یہ جنین کی پیتھالوجی کی عدم موجودگی کی ضمانت نہیں دیتا ہے؛
- اس بات کو سمجھتا ہوں کہ NIPT کی جانچ تشخیص فراہم نہیں کرتی ہے، لیکن کروموسوم کی تحقیقات تک محدود، سہ مورثیت سے جنین کے متاثر ہونے کے خطرے کی تشخیص کرتی ہے؛
- اس امکان سے واقف ہوں کہ جنین کی نواتی قسم جانچ کے نتائج سے مطابقت نہیں رکھ سکتی ہے؛
- جانچ کروانے یا نہ کرنے کا فیصلہ کرنے کے لیے تمام ضروری وقت مل چکا ہے۔

مندرجہ بالا کی بنیاد پر، میری/اپنی مرضی سے اور پورے ضمیر سے، میں/ہم آزادانہ طور پر:

☐ **Acconsento/acconsentiamo (متفق ہیں)**

☐ **Non acconsento/acconsentiamo (متفق نہیں ہیں)**

خون کے نمونے لیے جانے اور مجوزہ جانچ انجام دیئے جانے کے۔

In caso di minori, ***(نابالغ افراد کی صورت میں)***، دونوں والدین کے دستخط کیے جائیں

مقام اور تاریخ، ________________________ Firma madre (والدہ کی دستخط)________________________

Firma padre (والد کی دستخط)________________________

In caso di rappresentanza legale (قانونی نمائندگی کے معاملہ میں)

مقام اور تاریخ، ________________________ Firma dell’avente diritto (حقوق رکھنے والے کی دستخط) ________________

IL MEDICO/ ALTRO PROFESSIONISTA SANITARIO che ha illustrato e raccolto i consensi (طبیب / صحت کی دیکھ بھال کرنے والے دیگر پیشہ ور جنہوں نے صورتحال کی وضاحت کی اور رضامندی حاصل کی)

Nome e Cognome (نام اور لقب) ____ Firma (دستخط) ______________

IL MEDIATORE CULTURALE (se presente) ثقافتی ثالث (اگر موجود ہو)

Nome e Cognome (نام اور لقب) ____ Firma (دستخط) ______________

REVOCA DEL CONSENSO

Revoco/revochiamo il consenso sopra espresso all’esecuzione della prestazione “Test per la determinazione del rischio di aneuploidie dei cromosomi 21, 18, 13 mediante analisi del DNA libero circolante nel plasma materno”

Data____________________________ Firma del/degli avente/i diritto____

Revoco/revochiamo il consenso sopra espresso al trattamento dei dati personali, particolari e genetici e l’utilizzo dei campioni biologici per l’effettuazione del test prenatale (NIPT)

Data____________________________ Firma del/degli avente/i diritto____

رضامندی کی واپسی

میں/ہم ’’زچگی کے پلازما میں آزادانہ طور پر گردش کرنے والے DNA کے تجزیہ کے ذریعہ کروموسوم 21، 18 اور 13 کے اینیوپلوئڈی (کروموسوم کی تعداد میں نصف سے کمی یا زیادتی) کے خطرے کا تعین کرنے کے لیے جانچ‘‘ کی کارکردگی کے لیے مندرجہ بالا رضامندی واپس لیتے ہیں۔

تاریخ________________________ حقوق رکھنے والے(والوں) کی دستخط____

میں/ہم ذاتی، خصوصی اور جینیاتی اعداد و شمار کے عملدرآمد اور غیر مُتجاوز قبل از پیدائش جانچ (NIPT) کے لیے حیاتیاتی نمونوں کے استعمال کے لیے مندرجہ بالا رضامندی واپس لے لیتے ہیں۔

تاریخ________________________ حقوق رکھنے والے(والوں) کی دستخط____