

Ospedale Sacra Famiglia Erba U.O. di Patologia Clinica	CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE	Cod. Mod. IO242.03	Rev. 0
		Data: 30-05-17	
		Pag. 1	di 2

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE

Le analisi genetiche comprendono esami che vengono eseguiti su DNA, RNA o cromosomi o su prodotti genici, atti ad individuare o escludere alterazioni del patrimonio genetico che predispongono allo sviluppo di malattie.

Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Io sottoscritto/a _____

(per i minori: genitore/tutore di _____)

Nato/a _____ (_____) il ____/____/____

Residente in Via/Piazza _____ N° _____

CAP _____ Città _____ (_____) _____

Tel _____

Codice fiscale _____

in seguito ad un colloquio personale con il Prof/Dr _____

medico/genetista della struttura/ospedale _____

DICHIARO

- di aver ricevuto adeguate informazioni sugli aspetti genetici della malattia presente nella famiglia e/o di cui sono affetto/a o portatore e di aver ricevuto risposte esaurienti ad ogni quesito da me posto
- di aver compreso l'*utilità* e i *limiti* dell'analisi genetica proposta.

Pertanto:

ACCONSENTO

- al prelievo di sangue dal quale verrà estratto il DNA che sarà utilizzato per eseguire l'analisi genetica _____
- al trattamento dei miei dati personali [o di quelli di mio/a figlio/a o del/la mio/mia tutelato/a] ai sensi del D. Lgs 196/2003, consapevole che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati di cui all'art. 4 comma 1 lett. d9 e art. 26 del sopracitato decreto in materia di tutela dei dati personali. Sono al corrente del fatto che i miei dati, compresi i risultati di tutti i miei esami, saranno conservati in archivi cartacei ed informatici, sebbene non sia in essi contenuta l'identificazione del mio nominativo.

Ospedale Sacra Famiglia Erba U.O. di Patologia Clinica	CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE	Cod. Mod. IO242.03	Rev. 0
		Data: 30-05-17	
		Pag. 2	di 2

DICHIARO inoltre di:

1. Volere NON volere essere informato circa i risultati dell'analisi.
2. Volere NON volere che il referto sia consegnato direttamente al genetista medico con cui ho avuto questo colloquio, Prof/Dr _____.
3. Volere NON volere che i risultati dell'analisi genetica siano utilizzati per eventuali analisi genetiche su altri membri a rischio della mia famiglia.
4. Volere NON volere che il materiale biologico venga conservato oltre l'emissione del primo referto e utilizzato per scopi di ricerca
5. Volere NON volere che vengano raccolte informazioni, dati clinici ed eventuali campioni cito istologici (e relativa diagnosi) da altre istituzioni, riguardanti la mia storia clinica e limitatamente alla malattia in oggetto.

Io sottoscritto dichiaro che quanto sopra corrisponde a verità e mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento.

Luogo e data _____

Firma del paziente _____

Per i minori: Nome/cognome (in stampatello) e firma dei genitori o di chi ne fa le veci:

Minore _____

Madre _____ Padre _____

Firma del Medico _____