

	DIPARTIMENTO / STRUTTURA <b>DIREZIONE SANITARIA</b>	<b>00 – Mod DS 27</b>	
	DOCUMENTO <b>CONSENSO INFORMATO ALL' ESECUZIONE DI          ANALISI DI GENETICA MEDICA          (DGR 4716/2013)</b>	INDICE DI REVISIONE	<b>0</b>

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DEL CAMPIONE DA ANALIZZARE**

Sangue periferico       altro \_\_\_\_\_

**Prestazione/i richiesta/e** \_\_\_\_\_

Letta l' informativa consegnatami dallo Specialista che richiede le analisi, avendone compreso il contenuto e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste,

**ACCONSENTO**

A utilizzare il mio campione biologico a scopo diagnostico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A trattare i miei dati personali, sensibili, genetici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A conoscere i risultati delle indagini richieste	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A rendere partecipe dei risultati il dott. _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A utilizzare il materiale biologico e i miei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per approfondimenti a fini diagnostici:		
– presso il Centro che esegue le analisi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
– presso altri Centri, anche al di fuori della Unione Europea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A rendere partecipi dei risultati i famigliari, qualora ne facciano richiesta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Firma dello Specialista Medico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**REVOCA DEL CONSENSO**

Il sottoscritto _____ in data _____ REVOCA il consenso sopra riportato Firma _____
--

## Nota Informativa per il Consenso

Egregio/a Signore/a,

poiché riteniamo che il consenso del paziente, preventivamente informato, sia alla base di un responsabile rapporto medico-paziente, Le diamo alcune delucidazioni sull'esame a Lei proposto.

### **Che cos'è un'analisi genetica**

---

---

---

---

### **Le finalità della stessa**

---

---

---

---

### **I contenuti, i possibili risultati ed i limiti dei test richiesti**

---

---

---

---

### **Le eventuali informazioni “inattese” che possono emergere dall'analisi genetica**

---

---

---

---

### **Modalità e tempi di consegna degli esiti**

---

---

### **Dove saranno eseguite le analisi**

---

---

### **Dove saranno conservati i campioni biologici**

---

---

### **Il Responsabile del trattamento dei dati**

---

---

### **Un referente a cui poter chiedere informazioni**

---

---