



Istituto certificato:

UNI EN ISO 9001:2008 (n° cert. Bureau Veritas 194315)

Qualità in Medicina di Laboratorio rev.2013 Standard Bureau Veritas comprendente i requisiti delle norme ISO 15189:2007, ISO 9001:2008 (n° cert. Bureau Veritas 194315)

SIGUCERT 2009 certificato dei laboratori di citogenetica e genetica molecolare (n° cert. di accreditamento 004)

Inserito nell'Albo del MIUR dei laboratori di ricerca altamente qualificati (art. 14 D.M.593/2009)

Modulo MSQ 5.3 /A

8

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE

Io sottoscritto (cognome e nome).....nato il.....
a.....residente a.....
via.....n°.....tel.....
in qualità di diretto interessato:

DICHIARO:

di aver ottenuto tutte le informazioni sulle finalità dell'esame, le modalità di esecuzione e le eventuali problematiche che possono derivare dall'esecuzione del test diagnostico;
di aver preso visione dell'informativa allegata al presente consenso.
Pertanto, in base all'informativa ricevuta, che ritengo completa ed esaustiva, accetto che il materiale biologico prelevato venga utilizzato per l'analisi genetica.

ACCONSENTO:

- al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione di **ANALISI MOLECOLARE REGIONE AZF**
 autorizzo l'eventuale invio per mio conto del campione biologico a.....per l'esecuzione delle analisi oggetto di tale consenso.
- la comunicazione dei risultati delle indagini diagnostiche ai seguenti soggetti:
 Sottoscritto Familiare.....
 Medico Dr.
- che il sopraccitato campione biologico venga conservato ed utilizzato, con garanzia della massima riservatezza, per ulteriori accertamenti diagnostici
 Si No
- che il sopraccitato campione biologico venga conservato ed utilizzato, con garanzia di riservatezza, per ricerca presso il nostro Laboratorio
 Si No
presso Centri/Laboratori esterni
 Si No
- di essere informato di eventuali risultati inattesi delle indagini effettuate sul sopraccitato campione biologico
 Si No

Firma dell'interessato.....

Firma dell'operatore che ha raccolto il consenso:..... Data.....

REVOCA DEL CONSENSO

Il sottoscritto.....in data.....
REVOCA il consenso sopra riportato.
Firma.....



Istituto certificato:

UNI EN ISO 9001:2008 (n° cert. Bureau Veritas 194315)

Qualità in Medicina di Laboratorio rev.2013, Standard Bureau Veritas comprendente i requisiti delle norme ISO 15189:2007, ISO 9001:2008 (n° cert. Bureau Veritas 194315)

SIUCERT 2009 certificato dei laboratori di citogenetica e genetica molecolare (n° cert. di accreditamento 004)

Inserito nell'Albo del MIUR dei laboratori di ricerca altamente qualificati (art. 14 D.M.593/2000)

Modulo MSQ 5.3 /B

8

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE PER MINORE O TUTELATO

Dati anagrafici del minore o tutelato.....

Dati anagrafici di entrambi del/i genitore/i o del tutore:

Io sottoscritto (cognome e nome).....nato il.....

a.....residente a.....

via.....n°.....tel.....in qualità di: Genitore Tutore

Io sottoscritto (cognome e nome).....nato il.....

a.....residente a.....

via.....n°.....tel.....in qualità di: Genitore Tutore

DICHIARO:

di aver ottenuto tutte le informazioni sulle finalità dell'esame, le modalità di esecuzione e le eventuali problematiche che possono derivare dall'esecuzione del test diagnostico;

di aver preso visione dell'informativa allegata al presente consenso.

Pertanto, in base all'informativa ricevuta, che ritengo completa ed esaustiva, accetto che il materiale biologico prelevato venga utilizzato per l'analisi genetica.

ACCONSENTO:

1. al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione di **ANALISI MOLECOLARE REGIONE AZF**

autorizzo l'eventuale invio per mio conto del campione biologico a.....per l'esecuzione delle analisi oggetto di tale consenso.

2. la comunicazione dei risultati delle indagini diagnostiche ai seguenti soggetti:

famigliari del minore tutelato, qualora ne facciano richiesta

Medico Dr.

3. che il sopraccitato campione biologico venga conservato ed utilizzato, con garanzia della massima riservatezza, per ulteriori accertamenti diagnostici

Si

No

4. che il sopraccitato campione biologico venga conservato ed utilizzato, con garanzia di riservatezza, per ricerca presso il nostro Laboratorio

Si

No

presso Centri/Laboratori esterni

Si

No

5. di essere informato di eventuali risultati inattesi delle indagini effettuate sul sopraccitato campione biologico

Si

No

Firma/e di entrambi del/i genitore/i o del tutore:.....

.....

Firma del minore/tutelato (se possibile)

Firma dell'operatore che ha raccolto il consenso:..... Data.....

REVOCA DEL CONSENSO

Il/i sottoscritto/i

in qualità di genitore/i o tutore, **REVOCANO** il consenso sopra riportato.

Firma..... data.....

INFORMATIVA: ANALISI MOLECOLARE REGIONE AZF

Referente: Dr.ssa Francesca Dulcetti

Le microdelezioni del braccio lungo del cromosoma Y rappresentano la causa genetica più frequente di infertilità maschile.

La spermatogenesi viene regolata attraverso un complesso meccanismo da alcuni geni che si trovano sul braccio lungo del cromosoma Y in una regione chiamata AZF (azoospermia factor) suddivisa in tre subregioni AZFa, AZFb, e AZFc. E' stato osservato che il 10-15% dei pazienti con grave oligozoospermia o azoospermia idiopatica, presentano microdelezione del cromosoma Y, mentre nel 5% dei casi la microdelezione è localizzata fuori dalle regioni AZF.

Le delezioni di AZFa danno invariabilmente azoospermia. La diagnosi di una delezione completa di questa regione implica l'impossibilità di recuperare spermatozoi dal tessuto testicolare.

Delezioni della regione AZFb e AZFb+c sono associate a blocco della spermatogenesi con conseguente azoospermia. Come le delezioni complete della regione AZFa non sono riportati casi in cui sia stato possibile recuperare spermatozoi dal tessuto testicolare.

Le delezioni della regione AZFc sono invece compatibili con una spermatogenesi residua e possono perciò essere ritrovate in uomini azoospermici od oligospermici. Negli uomini azoospermici con delezioni della regione AZFc vi sono buone probabilità di ritrovare spermatozoi nel tessuto testicolare.

Il metodo utilizzato per l'analisi è AZF Devyser (Devyser) con una sensibilità del 95% (Simoni M. et al. - International journal of andrology, 27:240-249 (2004)).

Il referto è previsto circa 10 giorni dopo la data del prelievo. Si fa presente che sebbene raramente, si può verificare la necessità di ripetere il prelievo per materiale non idoneo.

FIRMA DELL'INTERESSATO.....