

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE
DGR n° IX/4716/2013- Circolare regionale n°13 del 28 maggio 2013 -Decreto n°1612 del 08 febbraio 2018
Modulo MSQ 5.3_A Rev. 13 01/02/2021

(cognome e nome)nato/a.....
il.....a.....residente a
via.....n°.....CF.....
tel.....e-mail.....

Per ANALISI GENETICHE SU MINORE

Dati anagrafici del minore o tutelato:..... Sesso.....

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

(cognome e nome)nato/a.....
il.....a.....residente a
via.....n°.....CF.....
tel.....e-mail..... in qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore
(cognome e nome)nato/a.....
il.....a.....residente a
via.....n°.....CF.....
tel.....e-mail..... in qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore

TIPOLOGIA DEL CAMPIONE DA ANALIZZARE

☐ Sangue periferico ☐ Tampone buccale ☐ Altro.....

PRESTAZIONE/I RICHIESTA/E (indicazione all'analisi):

Letta la/le informativa/e consegnatami dallo Specialista che richiede la/e analisi, avendo avuto modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune ed avendo ricevuto risposte che considero esaurienti sullo scopo del test, sui possibili rischi, benefici e limiti connessi al test e avendo compreso che l'esito del test genetico potrebbe comportare conseguenze mediche e psicologiche, per me e la mia famiglia,

ACCONSENSO A:

- utilizzare il mio campione biologico a scopo diagnostico per eseguire l'analisi oggetto del presente consenso, come da informativa/e allegata/e del laboratorio Toma di Busto Arsizio (VA), via F Ferrer 25/27 che esegue l'analisi Sì ☐ No ☐
- trattare i miei dati personali, sensibili, genetici: Sì ☐ No ☐
- rendere partecipe dei risultati delle indagini diagnostiche i seguenti soggetti:

Familiare.....Sì ☐ No ☐ Medico Dr..... Sì ☐ No ☐

- di essere informato di eventuali risultati inattesi (se presenti) delle indagini effettuate sul sopraccitato campione biologico che possano avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione, o consapevolezza delle scelte riproduttive Sì ☐ No ☐
 - utilizzare il materiale biologico e i miei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per approfondimenti ai fini diagnostici: Sì ☐ No ☐
- presso altri centri, anche al di fuori della UE: Sì ☐ No ☐
- che il sopraccitato campione biologico venga conservato ed utilizzato, con garanzia della massima riservatezza, per ulteriori accertamenti diagnostici: Sì ☐ No ☐
 - che il sopraccitato campione biologico, relative immagini e referti vengano conservati ed utilizzati, con garanzia di massima riservatezza, per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche (disposizione di richiesta obbligatoria, quale requisito di accreditamento di Regione Lombardia e conservazione/utilizzo solo previo consenso utenti. Nota RL G1.2018.0016748 del 24-05-2018): Sì ☐ No ☐

Pertanto, in base all'informativa ricevuta, che ritengo completa ed esaustiva, accetto che il materiale biologico prelevato sia utilizzato per l'analisi genetica e all'eventuale prelievo di un campione di sangue periferico dei genitori per eventuale estensione dell'analisi ai genitori.

Il/La/I sottoscritto/a/i dichiara/no di voler ricevere informazioni delle seguenti varianti/CNV presenti nel probando:

- ☐ tutte le varianti/CNV evidenziate (VOUS e Patogenetiche)
- ☐ solo varianti/CNV a chiaro significato patogenetico correlate alla indicazione per l'analisi
- ☐ tutte le varianti/CNV a chiaro significato patogenetico correlate e non correlate dalla indicazione per la analisi
- ☐ solo CNV correlate all'indicazione all'analisi (esempio microdelezione 22q, CNV familiare)
- ☐ (Specificare altro)

Nel caso si procedesse all'analisi microarray sui genitori si dichiara di voler ricevere informazioni sulle seguenti varianti/CNV:

- ☐ tutte le varianti/CNV evidenziate (VOUS e Patogenetiche)
- ☐ solo varianti/CNV precedentemente riscontrate nel probando per le quali è stata richiesta l'estensione ai genitori
- ☐ (Specificare altro)

In caso di mancata compilazione di questa sezione verranno riportate tutte le varianti evidenziate (VOUS e Patogenetiche)

Luogo e data.....

Firma dell'Interessato.....

Per ANALISI GENETICHE SU MINORE

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

Cognome e nome del Medico Specialista che ha raccolto il consenso:

Firma e timbro del Medico Specialista che ha raccolto il consenso:

Il Sottoscritto.....in data.....

REVOCA il consenso sopra riportato nei punti:

Firma.....