(da riservare a test genetici diagnostici, di identificazione dei portatori sani per malattie trasmissibili, preclinici o presintomatici, di suscettibilità, di variabilità individuale, di farmacogenetica)

Le analisi genetiche comprendono esami sul DNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare alterazioni nel patrimonio genetico correlate allo sviluppo di malattie, alla loro evoluzione ed alla risposta alle terapie. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, cosi come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali.

Io sottoscritto/a Cognome_____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza _____

Recapiti telefonici _____

DICHIARO

di aver ricevuto dal Dott.: _____informazioni comprensibili ed esaurienti sugli scopi ed i limiti dell'indagine genetica che mi viene proposta (**codice informativa** ____), sull'uso del campione e dei dati sensibili, e consapevole di ciò che comporta il mancato consenso alle opzioni sottoelencate e di poter revocare il mio consenso in qualsiasi momento:

☐ ACCONSENTO ☐ **NON ACCONSENTO**

All'esecuzione della/e analisi_____

che verrà/verranno eseguite presso:_____

Inoltre ACCONSENTO:		
all'utilizzo dei miei campioni biologici, anche presso laboratori esterni	si	no
al trattamento e conservazione dei miei dati personali, sensibili e genetici con garanzia di riservatezza	si	no
alla eventuale conservazione del materiale biologico presso …… per l'esecuzione di possibili ulteriori approfondimenti relativi alla patologia per cui è richiesta l'analisi	si	no
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	si	no
per tutti i suddetti punti, all'utilizzo dei materiali biologici in eccedenza e dei referti risultanti, resi anonimi, per **studi e ricerche** finalizzati alla tutela della collettività (in campo medico, biomedico ed epidemiologico, inclusi i programmi per la verifica della qualità delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche)	si	no

E conseguentemente, **limitatamente ai test a scopo diagnostico, DICHIARO DI:**		
volere conoscere i risultati delle analisi genetiche	si	no
volere conoscere eventuali informazioni inattese di rilievo per la mia salute in termini riproduttivi, preventivi, o terapeutici	si	no
acconsentire a rilasciare le informazioni relative al risultato del test genetico ai miei familiari che ne facciano richiesta, qualora questo rappresenti per loro un beneficio per la loro salute	si	no
autorizzare il Dr ……ad essere informato dei risultati	si	no

Firma dell'interessato/a ……..

Data……

Dati del Genetista o Medico Specialista di branca che ha raccolto il consenso

Cognome _____ Nome _____

Struttura /Servizio _____ Tel. _____

Firma e timbro (o matricola) _____

Eventuale revoca del consenso:

Io sottoscritto/a_____in data_____

REVOCO il consenso sopra riportato

Firma _____

Informativa e consenso sono stati fotocopiati e consegnati all'assistito/a