CONSENSO INFORMATO ANALISI GENETICHE

Da compilare in mancanza di consenso regionale oppure di consenso dello specialista compilato in tutte le sue parti.
Secondo le norme vigenti, per le analisi di genetica è obbligatorio il consenso informato relativo all'analisi richiesta, completo di firma dello specialista/genetista che ha condotto la consulenza.

Le analisi genetiche comprendono le analisi di specifici geni, del loro prodotto o della loro funzione e ogni altro tipo di analisi del DNA, dell'RNA o dei cromosomi, al fine di identificare mutazioni o anomalie nel patrimonio genetico. Le anomalie genetiche riscontrate possono portare a diagnosi di malattia o confermare un sospetto clinico in un individuo affetto, oppure possono evidenziare una predisposizione a una malattia che potrà svilupparsi o valutare la suscettibilità di un individuo a sviluppare malattie multifattoriali. Per eseguire l'analisi genetica è necessario il prelievo di un campione biologico dal quale vengono estratti gli acidi nucleici (DNA o RNA) sui quali viene ricercata l'anomalia genetica richiesta. Le metodiche applicate variano a seconda del tipo di alterazioni che è necessario studiare e che a sua volta dipende dal tipo di malattia genetica sospettata dal medico specialista (limiti e metodiche utilizzate sono descritte nel documento 23 - Documento informativo relativo ai test di genetica medica)

COGNOME e NOME_____NATO/A A _____IL_____

TIPOLOGIA DI CAMPIONE: ☐ Sangue in EDTA ☐ Tampone buccale ☐ Altro:_____

PRESTAZIONE/I RICHIESTA/E_____

DICHIARO

- di essere consapevole che il consenso può essere da me revocato in qualsiasi momento dandone comunicazione scritta alla struttura Medical Center presso cui mi sono rivolto;
- di prendere atto ed accettare che caso di revoca del consenso, il test non potrà essere eseguito. In caso di revoca del consenso dopo l'esecuzione del test, i campioni già prelevati e consegnati, nonché gli eventuali referti già emessi, verranno immediatamente distrutti, fermo restando che non sarà possibile ottenere il rimborso di quanto già pagato per l'esecuzione del test.
- 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 SI NO
  - trattare i miei dati personali, sensibili, genetici SI NO
  - conoscere i risultati delle indagini richieste SI NO
  - rendere partecipe dei risultati il dott. ……..... SI NO
  - conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive SI NO
  - 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 SI NO
  - rendere partecipi dei risultati i miei famigliari, qualora ne facciano richiesta SI NO

Data _____

IL PAZIENTE (o Genitore/Tutore)

Nome e cognome _____

FIRMA _____

LO SPECIALISTA
che ha provveduto all'informativa e raccolto il consenso

Nome e cognome_____

FIRMA_____

*** NOTA: SEZIONE DA COMPLETARSI SOLO NEL CASO IN CUI LA PERSONA CHE COMPILA IL MODULO RICHIEDA LA PRESTAZIONE NON PER SÉ MA PER CONTO DI UN MINORE/SOGGETTO TERZO ***

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver conferito dati personali relativi al soggetto sopra indicato, di poter legittimamente rilasciare i consensi al loro trattamento di cui sopra e sottoscrivere il presente modulo per conto di tale soggetto in qualità di:
☐ GENITORE ☐ TUTORE ☐ ALTRO (specificare): _____

Nome e cognome: _____ nato/a a _____, il _____

Data _____ Firma _____