

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE

DATI IDENTIFICATIVI

Nome e Cognome del paziente: _____ nato/a a _____ il _____

Dati identificativi dei genitori, se minore d'età:

Nome e Cognome: _____ nato/a a _____ il _____

Nome e Cognome: _____ nato/a a _____ il _____

Dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale):

Nome e Cognome: _____ nato/a a _____ il _____

PARTE 1 A CURA DEL MEDICO PROPONENTE

Motivazione clinica:

Atto sanitario proposto: **PRELIEVO DI MATERIALE BIOLOGICO E ANALISI GENETICA**

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato e di aver consegnato il prospetto informativo.

Il medico della struttura cui potrà fare riferimento è/sono il/i dott.:

Data.....

Firma e timbro del medico

Firma del paziente anche per ricevuto prospetto informativo

PARTE 2
A CURA DEL PAZIENTE
ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Dichiaro/a di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente sulle indicazioni cliniche e la tipologia di indagine diagnostica a cui sarò sottoposto, nonché sugli eventuali rischi e le conseguenze che da esso possono derivare, sugli aspetti genetici della malattia in esame, le implicazioni ed i limiti del test genetico, le modalità di gestione dei dati e dei campioni e le loro finalità d'uso.

La prestazione verrà effettuata dal personale sanitario afferente alla struttura di competenza.

Sono a conoscenza della possibilità di **revocare** il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Recepita l'informazione ricevuta

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato.

Data ____/____/____

Firma del paziente _____

Il/I sottoscritto/a, consapevole/i delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA/DICHIARANO INOLTRE DI

non essersi/che il minore o il paziente non in grado di esprimere il proprio consenso in oggetto non si è sottoposto a trattamenti trasfusionali negli ultimi mesi né a trattamenti di sostituzione del midollo osseo.

ACCONSENIRE

NON ACCONSENIRE

per sé stesso per il minore o il paziente non in grado di esprimere il proprio consenso sopraindicato

all'esecuzione di ulteriori analisi necessarie a precisare/approfondire i risultati ottenuti

VOLERE

NON VOLERE

essere informato dei risultati genetici condotti sul campione (informativi)

VOLERE

NON VOLERE

essere informato dei risultati genetici non informativi (VUS) alla data di refertazione

VOLERE

NON VOLERE

di essere informato di eventuali risultati inattesi delle indagini effettuate sul sopraccitato campione biologico che possano riguardare patologie a base genetica diverse da quella per la quale si è sottoposto al test genetico oppure avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione, o consapevolezza delle scelte riproduttive.

volere che i risultati delle indagini genetiche siano comunicati a:

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

all'eventuale conservazione del campione, dopo conclusione dell'indagine, a scopo di ricerca scientifica con relative pubblicazioni su riviste specializzate e/o database clinici (in forma rigorosamente anonima)

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

al trasferimento del campione biologico ed al trattamento dei dati sensibili presso altro centro per approfondimento diagnostico o studi di ricerca

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

alla conservazione dei propri dati personali e sensibili negli archivi cartacei ed elettronici della SOC Istituto di Genetica Medica ASUIUD

Dichiaro che l'altro genitore¹ non può firmare il consenso perché assente per **impedimento** (lontananza o altro), assumendomi la responsabilità delle decisioni in merito al percorso di cura di mio figlio/a minore.

¹Il consenso per il test genetico del minore deve essere firmato da entrambi i genitori (Codice Civile art. 315). In assenza di uno dei due genitori, in caso di lontananza, incapacità o altro impedimento, che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro. La responsabilità genitoriale di entrambi i genitori non cessa a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento.

Data.....

Firma del paziente.....

**_*_

Comunico la mia volontà di **REVOCARE** il consenso espresso in precedenza nel presente modulo.

Data.....

Firma del paziente.....

Firma del medico.....

SEZIONI DA COMPILARE SOLO NEI CASI PARTICOLARI SOTTO INDICATI

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE (Data _____)

| | | | |
|-----------------|-------------------|------------------|--|
| Firma del padre | Firma della madre | Firma del tutore | Firma del minore se di età maggiore ai 14 anni |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO (Data _____)

| |
|---|
| Firma del tutore/amministratore di sostegno |
| _____ |

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE (Data _____)

| | | |
|--|-----------------------|--------------|
| Nome e Cognome dell'interprete (stampatello) | Firma dell'interprete | N. Documento |
| _____ | _____ | _____ |
| Nome e Cognome del 1° testimone (stampatello) | Firma | N. Documento |
| _____ | _____ | _____ |
| Nome e Cognome del 2° testimone (stampatello) | Firma | N. Documento |
| _____ | _____ | _____ |

PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA (Data _____)

| | | |
|--|-------|--------------|
| Nome e Cognome del 1° testimone (stampatello) | Firma | N. Documento |
| _____ | _____ | _____ |
| Nome e Cognome del 2° testimone (stampatello) | Firma | N. Documento |
| _____ | _____ | _____ |