



SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ UNI EN ISO 9001: 2008 (CERTIFICATO DA CERTIQUALITY)

ESAMI DI CITOGENETICA

ISTRUZIONI OPERATIVE PER ESECUZIONE PRELIEVI

CENTRO PRELIEVI – LABORATORIO CENTRALE- VIA SAN MASSIMO 10
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

ESAMI DI CITOGENETICA

Esecuzione del Prelievo:

il **LUNEDÌ** ed il **MARTEDÌ** dalle 7.30-13 (senza prenotazione)

presso il CENTRO PRELIEVI

Laboratorio Centrale, Via San Massimo, 10, Azienda Ospedaliera di Padova

Ritiro referti:

presso la UOC di Genetica ed Epidemiologia Clinica, via Giustiniani 3, Azienda Ospedaliera di Padova con Consulenza genetica post-test.

Allegati al campione:

- a) **Impegnative** (che specificano il tipo di test) vedere Modulo di richiesta Esami di Citogenetica
- b) **Consenso informato**, correttamente compilato in **TUTTE** le sue parti e firmato dal paziente (se minore dai genitori o tutore) e dal Medico Richiedente
- c) **Modulo di richiesta ESAMI DI CITOGENETICA**

E' NECESSARIO CHE TUTTI I CAMPI DEL MODULO di RICHIESTA e del CONSENSO SIANO COMPILATI: la mancata o parziale compilazione comporterà l'impossibilità di procedere all'accettazione dell'esame richiesto.

LE ISTRUZIONE E I MODULI SONO SCARICABILI DAL SITO WEB: <http://www.sdb.unipd.it/genetica>

MEDICO SPECIALISTA RICHIEDENTE: l'impegnativa Dematerializzata/del SSN, deve essere correttamente compilata con le diciture indicate e il codice di esenzione ticket (se previsto) o il codice per sospetto diagnostico di Malattia Rara.

Segreteria: Via Giustiniani 3, 35128 Padova.
Tel. +39 049 821 3513/+39 049 821 7773 – Fax +39 049 821 7619/+39 049 821 7774
e-mail: ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it - Appuntamenti CUP PEDIATRICO: 800316850

SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2008 (CERTIFICATO DA CERTIQUALITY)

MODULO RICHIESTA di ESAMI DI CITOGENETICA

PAZIENTE Cognome _____ Nome _____ Sesso ☐ M ☐ F
Data di Nascita ____/____/____ Luogo di Nascita _____ (____)
☐ Probando ☐ Parente di _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nel caso di analisi rivolta ai familiari, indicare il nome/cognome del probando ed il grado di parentela.

Regime prestazione: ☐ RICOVERO o DH (allegare Autorizzazione Direzione Sanitaria) ☐ ESTERNO (allegare Impegnative)

MEDICO RICHIEDENTE Cognome _____ Nome _____
Reparto/Centro _____ Via _____
Città _____ CAP _____ Tel. _____ Fax _____
E-mail _____ Firma del medico _____

CAMPIONE: ☐ SANGUE ☐ DNA* ☐ SALIVA* ☐ VILLI* ☐ AMNIOCITI* ☐ CELLULE* ☐ ALTRO* _____

*Prima di inviare il campione contattare il laboratorio

DATA RICHIESTA _____

NOTE CLINICHE/INDICAZIONE ALL'ESAME ☐ URGENTE N. Famiglia _____

☐ **Esame cromosomico standard**

Impegnativa: 38146 (91.34.5) coltura linfociti periferici con PHA
18828 (91.31.2) cariotipo da metafasi linfocitarie

☐ **Esame cromosomico ad alta risoluzione**

Impegnativa: 38146 (91.34.5) coltura linfociti periferici con PHA
18834 (91.30.4) cariotipo ad alta risoluzione

☐ **Esame cromosomico con ricerca di mosaicismo - Impegnativa:**

34774 (91.28.4) analisi citogenetica per studio mosaicismo cromosomico
38146 (91.34.5) coltura linfociti periferici con PHA

☐ **FISH (indicare regione cromosomica)** _____

Impegnativa: 38146 (91.34.5) coltura linfociti periferici con PHA
35040 (91.37.3) ibridazione in SITU (FISH) su metafasi, nuclei interfase, tessuti mediante sonde molecolari a singola copia in cosmid PER 2

**4 ml di SANGUE
LITIO-EPARINA
(Tappo Verde Scuro)**

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI TEST GENETICO-ADULTO

(Tutte le voci DEVONO essere compilate)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il ____/____/____
Residente in _____ (Prov. _____) CAP _____
Via _____ N° _____ Tel/cell. _____
e-mail _____

DICHIARA di aver ricevuto dettagliate informazioni sugli aspetti genetici della malattia presente nella famiglia e/o di cui è affetto e di aver compreso l'utilità e le caratteristiche dell'analisi genetica proposta, i suoi eventuali limiti (possibilità di falsi positivi/negativi) e le implicazioni per l'individuo, la famiglia e/o il nascituro e la possibilità di ottenere risultati inattesi (es. informazioni su rapporti di consanguineità o su possibilità di sviluppare malattie su base genetica) e di autorizzare il trattamento dei dati personali (ai sensi dell'Art. 13 D. Lgs.196/2003).

ACCONSENTE in piena coscienza all'esecuzione del test genetico sul campione biologico di ☐ se stesso

DICHIARA inoltre di:

- ☐ Volere ☐ NON volere essere informato dei risultati dell'analisi,
☐ Volere ☐ NON volere essere informato di eventuali risultati inattesi non correlati con l'indicazione all'indagine.
☐ Volere ☐ NON volere autorizzare a ritirare i relativi referti dei risultati il Dott. _____

e-mail PEC _____

via _____ città _____ CAP _____

☐ Volere ☐ NON volere che il materiale biologico sia conservato e in futuro possano essere condotte ulteriori indagini a fini diagnostici per la patologia in esame. **Il laboratorio conserva il materiale genetico per un massimo di anni 3.**

☐ Volere ☐ NON volere che il materiale biologico possa essere utilizzato in forma anonima per studi o ricerche

☐ Volere ☐ NON volere essere contattato per informazioni inerenti gli esami effettuati o di follow-up

☐ Volere ☐ NON volere autorizzare la comunicazione dei risultati delle ricerche e/o dei risultati di test e screening genetici agli "appartenenti della mia stessa linea genetica" su loro richiesta "qualora tali risultati siano indispensabili per evitare un pregiudizio per la loro salute, ivi compreso il rischio riproduttivo" (Garante per la protezione dei Dati Personali, registro dei provvedimenti n°258, 24/06/2011, paragrafo 9, comunicazione e diffusione dei dati).

Il sottoscritto dichiara che quanto sopra corrisponde a verità e di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento. Si impegna quindi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito.

Data _____ Firma _____

Medico che ha raccolto il consenso

Cognome-Nome _____ Firma _____

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI TEST GENETICO - MINORE

(Tutte le voci DEVONO essere compilate)

1-Genitore _____ Nato _____ il ____/____/____
2-Genitore _____ Nato _____ il ____/____/____
Residente in _____ (Prov _____) CAP _____
Via _____ N° _____ Tel _____
Genitore/tutore di _____
Nato/a a _____ il ____/____/____

DICHIARA di aver ricevuto dettagliate informazioni sugli aspetti genetici della malattia presente nella famiglia e/o di cui è affetto e di aver compreso l'utilità e le caratteristiche dell'analisi genetica proposta, i suoi eventuali limiti (possibilità di falsi positivi/negativi) e le implicazioni per l'individuo, la famiglia e/o il nascituro e la possibilità di ottenere risultati inattesi (es. informazioni su rapporti di consanguineità o su possibilità di sviluppare malattie su base genetica) e di autorizzare il trattamento dei dati personali (ai sensi dell'Art. 13 D. Lgs.196/2003).

ACCONSENTE in piena coscienza all'esecuzione del seguente test genetico sul campione biologico di mio figlio/a:

DICHIARA inoltre di: ☐ Volere ☐ NON volere essere informato dei risultati dell'analisi,
☐ Volere ☐ NON volere essere informato di eventuali risultati inattesi non correlati con l'indicazione all'indagine
☐ Volere ☐ NON volere autorizzare a ritirare i relativi referti dei risultati il Dott. _____
_____ e-mail PEC _____
via _____ città _____ CAP _____

☐ Volere ☐ NON volere che il materiale biologico sia conservato e in futuro possano essere condotte ulteriori indagini a fini diagnostici per la patologia in esame. **Il laboratorio conserva il materiale genetico per un massimo di anni 3.**
☐ Volere ☐ NON volere che il materiale biologico possa essere utilizzato in forma anonima per studi o ricerche
☐ Volere ☐ NON volere essere contattato per informazioni inerenti gli esami effettuati o di follow-up
☐ Volere ☐ NON volere autorizzare la comunicazione dei risultati delle ricerche e/o dei risultati di test e screening genetici agli "appartenenti della mia stessa linea genetica" su loro richiesta "qualora tali risultati siano indispensabili per evitare un pregiudizio per la loro salute, ivi compreso il rischio riproduttivo" (Garante per la protezione dei Dati Personali, registro dei provvedimenti n°258, 24/06/2011, paragrafo 9, comunicazione e diffusione dei dati).

DICHIARA di essere informato delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età e che lo stato civile è il seguente:

☐ coniugato/a	☐ separato/a	☐ divorziato/a	☐ vedovo/a	☐ convivente	☐ altro
☐ genitore	☐ esercente la potestà	☐ familiare	☐ prossimo congiunto		
☐ tutore/curatore	☐ amministratore di sostegno	☐ convivente			

Che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per
☐ LONTANANZA ☐ IMPEDIMENTO

Data ____/____/____ Firma 1-Genitore _____
Data ____/____/____ Firma 2- Genitore _____

Medico che ha raccolto il consenso:

_____ Firma _____

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI E SENSIBILI
(AI SENSI DELL'ART. 13 D. Lgs. 196/2003)**

Gentile Signore/a,

I test genetici comprendono esami che vengono eseguiti su cromosomi, DNA o altri prodotti genici atti ad individuare alterazioni del patrimonio genetico che predispongono allo sviluppo di malattie. Tutti i risultati ottenuti dai test genetici sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali). Il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. Le sono stati spiegati anche i limiti (possibilità di falsi positivi/negativi) e le implicazioni per l'individuo, la famiglia e/o il nascituro e la possibilità di ottenere risultati inattesi (es. informazioni su rapporti di consanguineità o su possibilità di sviluppare malattie su base genetica).

In particolare, i dati personali e i dati idonei a rivelare lo stato di salute possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato. Senza tale consenso viene pregiudicata l'esecuzione del servizio richiesto.

Ai sensi dell'art. 13 del predetto decreto, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: raccolta, conservazione ed elaborazione dei Suoi dati personali e sensibili al fine della fornitura del servizio da Lei richiesto.

Nello specifico gli scopi sono:

- a. gestire ed eseguire la fornitura del servizio richiesto;
- b. assolvere agli obblighi di legge o agli altri adempimenti richiesti dalle competenti Autorità;
- c. inviare comunicazioni informative strettamente relative al servizio da Lei fruito;

2. I dati personali e sensibili saranno trattati con mezzi elettronici e cartacei ad accesso riservato nel rispetto delle misure minime di sicurezza ai sensi del provvedimento di Autorizzazione Generale al trattamento dei dati genetici e del disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza, allegato B del Codice della Privacy. Sono state predisposte tutte le misure di sicurezza informatica necessarie per ridurre al minimo il rischio di violazione della privacy degli utenti da parte di terzi e qualora si dimostri indispensabile, adottare ogni altra misura di sicurezza;

3. Il conferimento dei dati avviene sempre sotto la responsabilità dell'utente. Il fornire ulteriori dati personali da parte Sua è facoltativo;

4. I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti esclusivamente per l'esecuzione di prestazioni in service e quindi con l'unica finalità di ottemperare al servizio da Lei richiesto;

5. Il titolare del trattamento è l'AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs.196/2003

N. B: si prega di comunicare alla UOC di Genetica ed Epidemiologia Clinica AO di Padova eventuali cambiamenti di indirizzo di casa, numero telefonico / cellulare ed email.

Per comunicazioni: email servizio **ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it**