



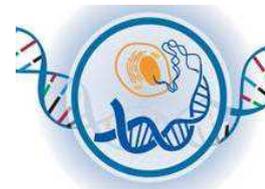
Università degli Studi - Azienda Ospedaliera - Padova

UOC GENETICA ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA

Direttore Prof. Maurizio Clementi

Via Giustiniani 3, 35128 Padova. Tel. 049/8213513,

Fax 049/8217619 ambulatorio.genetica@sanita.padova.it



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

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI TEST GENETICO

(Tutte le voci DEVONO essere compilate)

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.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Genitore/tutore di _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ (Prov _____) CAP _____

Via _____ N° _____ Tel _____

DICHIARA/ DICHIARANO 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.

ACCONSENTE/ ACCONSENTONO quindi liberamente ed in piena coscienza all'esecuzione dell'analisi genetica

sul campione biologico di me stesso mio figlio/a _____

DICHIARA/ DICHIARANO inoltre di:

- Volere NON volere essere informato/i dei risultati dell'analisi, in particolare ricevere informazioni su
- solo le varianti a chiaro significato patogeno correlate alla indicazione per l'analisi
 - varianti a chiaro significato patogeno a prescindere dall'indicazione all'analisi

Volere NON volere che il materiale biologico possa essere conservato e che in futuro possano essere condotte ulteriori indagini a fini diagnostici per la patologia in esame

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

Si informa che il presente laboratorio esegue la conservazione del materiale genetico per un massimo di anni 3, e del sangue prelevato, fino alla conclusione diagnostica.

Volere NON volere essere contattato dal personale sanitario della U.O.C. di Genetica ed Epidemiologia Clinica 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).

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

Data _____ Firma _____

Medico che ha raccolto il consenso si rende garante della raccolta del consenso informato e della regolare esecuzione della Consulenza pre e post-test

Cognome-Nome _____ Firma _____