



MODULO PER RICHIESTA DI PRESTAZIONI DI GENETICA MEDICA POSTNATALE

MD-LAB-GM-02_05

TIPO DI CAMPIONE

- SANGUE PERIFERICO
 MIDOLLO OSSEO
 BIOPSIA CUTANEA
 MUCOSA BUCCALE
 SALIVA
- ALTRO TIPO DI CAMPIONE (SPECIFICARE):

DATI PAZIENTE

CODICE FISCALE												LUOGO NASCITA												DATA NASCITA												DATA RICHIESTA ESAMI											
COGNOME E NOME												SESSO												CODICE INTERNO																							
												M												F																							
INDIRIZZO: VIA E NUMERO CIVICO																																															
C.A.P.						CITTÀ						PROV.						TELEFONO																													

DATI PARTNER (SE PERTINENTI)

CODICE FISCALE												LUOGO NASCITA												DATA NASCITA												DATA RICHIESTA ESAMI											
COGNOME E NOME												SESSO												CODICE INTERNO																							
												M												F																							

INFORMAZIONI PER IL LABORATORIO:

1) ANALISI RICHIESTA e INFORMATIVA ASSOCIATA

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> INFO 101 - Cariotipo Sangue Periferico | <input type="checkbox"/> INFO 117 - α talassemia | <input type="checkbox"/> INFO 111 - Fattore II (gene Protrombina) |
| <input type="checkbox"/> INFO 101 - Cariotipo Sangue Alta Risoluzione | <input type="checkbox"/> INFO 117 - β talassemia | <input type="checkbox"/> INFO 111 - Fattore V Leiden |
| <input type="checkbox"/> INFO 101 - Cariotipo altri tessuti | <input type="checkbox"/> INFO 105 - Ipoacusia gene Cx26 | <input type="checkbox"/> INFO 111 - MTHFR C677T |
| <input type="checkbox"/> INFO 102 - Array-CGH | <input type="checkbox"/> INFO 105 - Ipoacusia gene Cx30 (delezione) | <input type="checkbox"/> INFO 111 - MTHFR A1298C |
| <input type="checkbox"/> INFO 113 - FISH..... | <input type="checkbox"/> INFO 115 - Distrofia Muscolare Duchenne (DMD) | <input type="checkbox"/> INFO 111 - PAI1 |
| <input type="checkbox"/> INFO 114 - Disomia Uniparentale Cr..... | <input type="checkbox"/> INFO 118 - HLA (loci A,B,C) | <input type="checkbox"/> INFO 120 - beta-Fibrinogeno |
| <input type="checkbox"/> INFO 103 - Fibrosi Cistica I livello | <input type="checkbox"/> INFO 118 - HLA (loci DQB1,DRB1) | <input type="checkbox"/> INFO 120 - ACE |
| <input type="checkbox"/> INFO 103 - Fibrosi Cistica II livello | <input type="checkbox"/> INFO 118 - HLA B27 | <input type="checkbox"/> INFO 120 - APO-E |
| <input type="checkbox"/> INFO 104 - Atrofia Muscolare Spinale (SMA) | <input type="checkbox"/> INFO 118 - HLA B51 | <input type="checkbox"/> INFO 120 - Pannello esteso Trombofilia |
| <input type="checkbox"/> INFO 106 - X-fragile (gene FMR1) | <input type="checkbox"/> INFO 119 - HLAG | <input type="checkbox"/> INFO 108 - JAK2 |
| <input type="checkbox"/> INFO 112 - Fattore AZF (microdel.crom. Y) | <input type="checkbox"/> INFO 109 - Morbo Celiaco (DQ2/DQ8) | <input type="checkbox"/> INFO 107 - BRCA1-2 |
| <input type="checkbox"/> INFO 116 - Emocromatosi | <input type="checkbox"/> INFO 110 - Intolleranza al lattosio | <input type="checkbox"/> INFO 107 - Pannello Mammella Ovaio (HBOC) |
- Altro (specificare).....

2) INDICAZIONI / MOTIVO DELLA RICHIESTA

- PRECONCEZIONALE
 PMA
 INFERTILITÀ
 AMENORREA
 FAMILIARITÀ (specificare/allegare documentazione) _____
- POLIABORTIVITÀ
 DEFICIT INTELLETTIVO
 SOSPETTO CLINICO (specificare) _____
- ALTRO _____

3) ORIGINE ETNICO-GEOGRAFICA

Specificare: _____

RISERVATO AL LABORATORIO

AVVERTENZE: COMPILARE IL MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI IN STAMPATELLO. NON SONO ACCETTABILI MODULI PRIVI DEL COGNOME, NOME E FIRMA PER ESTESO DEL PAZIENTE/TUTORE E DEL SANITARIO. ENTRAMBE LE PAGINE DEL MODULO DEVONO ESSERE INVIATE AL LABORATORIO DI ANALISI INSIEME AL CAMPIONE

CONSENSO INFORMATO all'esecuzione di test genetici postnatali richiesti (vedi pag. 1/2)

Cognome e Nome (di chi esegue il test)

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria personale responsabilità, dichiaro di essere stata/o informata/o e di aver compreso quanto segue:

- 1) l'informativa (scritta o verbale) relativa al test eseguito, associata alla prestazione come indicato nel modulo di richiesta
- 2) lo scopo dell'indagine, i limiti dell'indagine e delle metodiche utilizzate
- 3) in assenza delle indicazioni all'analisi l'esame verrà eseguito secondo i requisiti minimi previsti dalle Buone Pratiche/Consensus/Linee Guida vigenti
- 4) le caratteristiche dei risultati possibili: (a) reale possibilità di identificare l'alterazione; (b) falsi positivi/falsi negativi; (c) necessità di discutere in consulenza genetica di eventuali alterazioni identificate per la corretta interpretazione/correlazione con la clinica; (d) necessità di estendere l'indagine con altre tecniche o su familiari
- 5) le modalità di applicazioni della Legge sulla Privacy per la riservatezza dei dati personali, sensibili e genetici. I dati saranno da noi trattati principalmente con strumenti elettronici e memorizzati su supporti informatici nel rispetto delle normative vigenti. Tutti i risultati delle analisi sono strettamente riservati e sottoposti al vincolo del segreto professionale
- 6) di avere il diritto di revocare il consenso e interrompere in qualsiasi momento le procedure d'indagine. In tale caso, però, l'attività sopra indicata non potrà essere da noi completata
- 7) il materiale biologico residuo, se disponibile, sarà conservato secondo le norme di legge e nel rispetto di quanto suggerito nel documento SIGU "Linee di indirizzo sulla Conservazione del Materiale Biologico e Documentale relativo ai Test Genetici" (2021). Il Laboratorio non si ritiene responsabile per eventuali danni o incidenti che possono verificarsi sui campioni conservati
- 8) il materiale biologico non verrà utilizzato a fini di lucro
- 9) sarà garantita la riservatezza sul campione e sui dati genetici ottenuti secondo le norme di legge
- 10) ho la possibilità di richiedere una specifica consulenza genetica.

Conseguentemente:

- dichiaro di acconsentire al prelievo e all'esecuzione delle suddette indagini: SI NO
- dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali, sensibili e genetici: SI NO
- chiedo di voler essere informata/o sui risultati del test: SI NO
- autorizzo l'utilizzo di detto materiale biologico per eventuali approfondimenti diagnostici presso il laboratorio che esegue l'analisi e/o laboratori di analisi esterni cui sono delegati esami non realizzati all'interno: SI NO
- chiedo di essere informata/o sui risultati delle ulteriori indagini effettuate: SI NO
- chiedo di essere informata/o nell'eventualità emergano risultati inattesi in base a quanto riportato nell'informativa, che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza nelle scelte riproduttive: SI NO
- chiedo di essere informata/o, se dovesse essere rilevata di un'alterazione genetica per patologie ad insorgenza tardiva, anche se questa conoscenza non rappresentasse allo stato attuale un beneficio concreto in termini di terapia e/o prevenzione: SI NO
- chiedo di essere informata/o nel caso si rilevi la presenza di genotipi patogenetici causativi di patologie clinicamente distinte da quella per cui è stato richiesto il test, rivelando quindi una condizione di comorbidità: SI NO
- autorizzo l'eventuale comunicazione dei risultati a familiari della stessa linea genetica qualora richiesto per la salute/scelta riproduttive degli stessi: SI NO
- autorizzo la comunicazione/trasmisione telematica dei risultati nel rispetto delle normative vigenti al Medico/Centro inviante (Dr..... tel.): SI NO

Inoltre, consapevole che il test in oggetto non rappresenta una sperimentazione:

- autorizzo l'eventuale utilizzo dopo il completamento dell'esame di parte del materiale e/o dei dati ottenuti nel rispetto dell'anonimato per studi scientifici e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento ai programmi per la verifica della qualità delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche: SI NO
- desidero essere informata/o di eventuali nuovi risultati derivanti da eventuali progetti di ricerca, qualora rappresentino, a parere del personale addetto allo studio, un concreto beneficio in termini di terapia, prevenzione e consapevolezza delle scelte riproduttive: SI NO

Data Nome Cognome → Firma

In caso di soggetti minori o di persona non in grado di esprimere il proprio consenso:

Cognome, Nome, Luogo e Data di nascita del padre/tutore.....

Cognome, Nome, Luogo e Data di nascita della madre.....

→ Firma **Madre(*)**..... → Firma **Padre(*)**.....

→ Firma Tutore/Legale rappresentante(*).....

(*) IN CASO DI ASSENZA DI UNO DEI GENITORI: Dichiaro che l'altro genitore 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/a figlio/a minore.

L'eventuale opinione del minore è stata presa in considerazione. → Firma

Data Sanitario → Firma

(che ha provveduto alla consegna dell'informativa e raccolto il consenso)

IL PRESENTE CONSENSO VERRÀ INVIATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE ESEGUE L'INDAGINE GENETICA.**REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a REVOCO il consenso fornito per la prestazione sopra indicata (DIgs n. 219 del 22/10/2017 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, art. 1)

Luogo e data:..... → Firma (per revoca)

Sanitario → Firma (per revoca)

(che ha raccolto la revoca del consenso)