

**TEST GENETICI SU CAMPIONE BIOLOGICO E ESAMI STRUMENTALI: ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO - AUTORIZZAZIONE ALLA CONSERVAZIONE DEI CAMPIONI - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI**

**Io sottoscritto/a:**

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**a seguito del colloquio intercorso con il/la Dr./Dr.ssa:**

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Dichiaro, di essere stato dettagliatamente informato sugli aspetti genetici della malattia di cui potrei essere affetto.**

Nel corso del colloquio con lo specialista, ho avuto modo di comprendere, nei contenuti essenziali

- l'utilità / lo scopo dell'analisi
- i tempi di esecuzione
- i limiti dell'analisi genetica
- le modalità di esecuzione
- le modalità e i tempi di consegna dei referti
- la possibilità di revocare o modificare le mie dichiarazioni anche parzialmente

**PERTANTO, CON LA CONSAPEVOLEZZA CHE IL CONSENSO PUÒ ESSERE REVOCATO IN QUALSIASI MOMENTO**

**acconsento**       **non acconsento**

a sottopormi all'indagine proposta (*specificare*) \_\_\_\_\_

effettuata tramite  prelievo di sangue periferico     altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE RISPETTO ALLA GESTIONE DEI RISULTATI E ALLA LORO DIFFUSIONE**

In particolare, dopo essere stato informato della facoltà di non conoscere i risultati ottenuti o inattesi o parte di essi DICHIARO di:

- 1A  **voler** essere informato/a dei **risultati** ottenuti e del loro significato  
1B  **NON voler** essere informato/a dei **risultati** ottenuti e del loro significato
- 2A  **voler** essere informato/a anche di eventuali **risultati inattesi** ottenuti dall'analisi  
2B  **voler** essere informato/a anche di eventuali **risultati inattesi** ottenuti dall'analisi solo qualora questi rappresentino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia, di prevenzione o di **consapevolezza delle scelte riproduttive**  
2C  **NON voler** essere informato/a anche di eventuali **risultati inattesi** ottenuti dall'analisi
- 3A  **voler** rendere partecipi i miei familiari appartenenti alla stessa linea genetica dei risultati dell'analisi qualora risultino indispensabili per la tutela della salute degli stessi  
3B  **NON voler** rendere partecipi i miei familiari appartenenti alla stessa linea genetica dei risultati dell'analisi

**Autorizzo** a rendere partecipe dei risultati il dott. \_\_\_\_\_  Sì  NO

**NOTE** \_\_\_\_\_

### TRASFERIMENTO DEL CAMPIONE

Dopo essere stato informato della possibilità che il campione biologico e i miei dati potranno essere trasferiti ad altre Strutture per l'esecuzione del test o per approfondimento diagnostico

**acconsento**                       **non acconsento**

al trasferimento del campione biologico e al trattamento dei dati (specificare nome della Struttura se noto) .....

### AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEI DATI AI FINI DI RICERCA

Dopo essere stato informato/a della possibilità che i campioni e i referti risultanti dall'indagine possano essere utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento alla partecipazione a programmi di verifica della qualità delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche

**acconsento**                       **non acconsento**                       **acconsento solo se resi anonimi**

### AUTORIZZAZIONE ALLA CONSERVAZIONE DEI CAMPIONI

Dopo essere stato informato/a della possibilità che i campioni potranno essere conservati e successivamente sottoposti ad ulteriori indagini a scopo di ricerca

**acconsento**                       **non acconsento**                       **acconsento solo se resi anonimi**  
 **desidero essere informato su eventuali risultati**

Milano, li |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_|

Firma dell'interessato

Sottoscrivo che nell'ambito del percorso di acquisizione/autorizzazione:

- è stato consegnato materiale informativo  
 è stato richiesto l'ausilio di un interprete/mediatore culturale

Firma e timbro dello Specialista

### MODIFICA DI DICHIARAZIONE

in data: |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| dichiaro di modificare la mia precedente dichiarazione rispetto a:

### NOTE

Firma dell'interessato

Firma e timbro dello Specialista