

|   |  |                        |          |
|---|--|------------------------|----------|
|  | DIPARTIMENTO / STRUTTURA<br><b>DIREZIONE SANITARIA</b>   | <b>00 – Mod DS 28</b>  |          |
|   | DOCUMENTO<br><b>CONSENSO INFORMATO ALL' ESECUZIONE DI ANALISI DI<br/>         GENETICA MEDICA PER MINORE O TUTELATO<br/>         (DGR 4716/2013)</b> | INDICE DI<br>REVISIONE | <b>0</b> |

Dati anagrafici del minore/tutelato \_\_\_\_\_

Dati anagrafici di entrambi del/i genitore/i o del tutore \_\_\_\_\_

Recapiti \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DEL CAMPIONE DA ANALIZZARE**

Sangue periferico       altro \_\_\_\_\_

**Prestazione/i richiesta/e** \_\_\_\_\_

Letta l' informativa consegnatami dallo Specialista che richiede le analisi, avendone compreso il contenuto e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste,

**ACCONSENTO**

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| A utilizzare il campione biologico del minore/tutelato a scopo diagnostico  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| A trattare i dati personali, sensibili, genetici del minore/tutelato  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| A conoscere i risultati delle indagini richieste  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| A rendere partecipe dei risultati il dott. _____  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| A conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| A utilizzare il materiale biologico e i dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per approfondimenti a fini diagnostici: |                             |                             |
| – presso il Centro che esegue le analisi  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| – presso altri Centri, anche al di fuori della Unione Europea   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| A rendere partecipi dei risultati i famigliari del minore/tutelato, qualora ne facciano richiesta   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Eventuali commenti \_\_\_\_\_

Firma/e di entrambi del/i genitore/i o del tutore \_\_\_\_\_

Firma del minore/tutelato (se possibile) \_\_\_\_\_

Firma dello Specialista \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**REVOCA DEL CONSENSO**

|   |
|---|
| Il/i sottoscritto/i _____<br>in qualità di genitore/i o tutore<br>REVOCA/NO il consenso sopra riportato<br>Firma _____ Data _____ |
|---|

## Nota Informativa per il Consenso

Egregio/a Signore/a,

poiché riteniamo che il consenso del paziente, preventivamente informato, sia alla base di un responsabile rapporto medico-paziente, Le diamo alcune delucidazioni sull'esame a Lei proposto.

### **Che cos'è un'analisi genetica**

---

---

---

---

---

### **Le finalità della stessa**

---

---

---

---

---

### **I contenuti, i possibili risultati ed i limiti dei test richiesti**

---

---

---

---

### **Le eventuali informazioni “inattese” che possono emergere dall'analisi genetica**

---

---

---

---

### **Modalità e tempi di consegna degli esiti**

---

---

### **Dove saranno eseguite le analisi**

---

---

### **Dove saranno conservati i campioni biologici**

---

---

### **Il Responsabile del trattamento dei dati**

---

---

### **Un referente a cui poter chiedere informazioni**

---

---