



CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST GENETICO Ai sensi della DGR 4716/2013

(indicare il gene/malattia) _____

Indicare materiale biologico inviato: _____

Dati del paziente:

Cognome e Nome sesso M F
nato/a il a Recapito telefonico
Residente a via n.

In caso di minore o incapace (in caso di minore indicare sempre i dati di entrambi i genitori):

Primo genitore: Cognome e Nome nato/a il.....
Secondo genitore: Cognome e Nome nato/a il.....
Rappresentante legale, Tutore, Amministratore di sostegno
Cognome e Nome nato/a il.....

Sez.1 Consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici per finalità di DIAGNOSI, CURA E TERAPIA

- 1. esprime il consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici presso l'UOS/UOSD di:..... Sì No
- 2. acconsente al trasferimento del campione biologico ed al trattamento dei dati personali, sensibili ed in particolare di quelli genetici presso strutture esterne anche al di fuori dell'Unione Europea in caso di approfondimento diagnostico Sì No
- 3. acconsente alla conservazione del campione biologico ed al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici ad esso associati per finalità di DIAGNOSI, CURA E TERAPIA presso il laboratorio: (specificare) Sì No
Biobancaggio non effettuabile
- 4. acconsente al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici associati al campione biologico per eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici qualora in futuro la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico disponga di nuovi mezzi di indagine Sì No

Sez. 2 Espressione del Consenso all'esecuzione dell'indagine genetica

Io sottoscritto/a dr presso l'UOS/UOSD di..... dichiaro di aver informato il paziente, sul test genetico che sarà eseguito, assicurandomi della sua comprensione e di aver risposto ad ogni domanda.

Firma e timbro del medico

Dichiaro di aver ricevuto informazioni in modo chiaro, con linguaggio semplice che mi hanno permesso di comprendere la mia condizione clinica anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Firma dell'interessato/a.....

Firma del primo genitore in caso di minore

Firma del secondo genitore in caso di minore.....

Firma Rappresentante legale, Tutore, Amministratore di sostegno

Firma dell'eventuale mediatore culturale

Data.....





Espressione del consenso

valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

accertamento proposto,

Firma dell'interessato/a.....

Firma del primo genitore in caso di minore

Firma del secondo genitore in caso di minore.....

Firma Rappresentante legale, Tutore, amministratore di sostegno.....

Data.....

1. desidero essere informato/a sui risultati ottenuti e sul loro significato **Sì** **No**

2. desidero essere informato/a anche su eventuali risultati inattesi **Sì** **No**

3. autorizzo il medico (indicare cognome e nome)
ad essere informato dei risultati **Sì** **No**

4. acconsento a rendere partecipi i familiari appartenenti alla stessa linea genetica dei
risultati dell'indagine qualora risultino indispensabili per la tutela della salute degli stessi e
qualora i medesimi ne facciano richiesta **Sì** **No**

Firma dell'interessato/a.....

Firma del primo genitore in caso di minore.....

Firma del secondo genitore in caso di minore.....

Firma Rappresentante legale, Tutore, amministratore di sostegno.....

Data.....

Sez. 3 Revoca del consenso

Io sottoscritto/a/i

in data REVOCA/NO il consenso precedentemente espresso.

Firma dell'interessato/a.....

Firma del primo genitore in caso di minore.....

Firma del secondo genitore in caso di minore.....

Firma Rappresentante legale, Tutore, amministratore di sostegno.....

Questo modulo deve essere compilato in triplice copia.

(una copia deve essere conservata dallo Specialista, una copia deve essere consegnata al Laboratorio che esegue la prestazione, una copia deve essere consegnata al paziente perché possa conservarla).

In caso di analisi eseguite in Service, il Laboratorio che accetta i campioni deve trasmettere una copia del consenso anche al Laboratorio che esegue le analisi.

