

**CONSENSO INFORMATO
all'esecuzione di
TEST GENETICI**

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE (da compilare in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F nato/a a _____ (Prov _____) il _____

Residente in: _____ (Prov _____), CAP _____

Via _____ n° _____ Tel: _____

Cittadinanza _____

Codice fiscale _____

- dati identificativi dei genitori (se minore d'età)

Padre Madre

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (Prov _____) il _____

Residente in: _____ (Prov _____), CAP _____

Via _____ n° _____ Tel: _____

Cittadinanza _____

Codice fiscale _____

- dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale) _____

DATI SANITARI (a cura del medico)

Indicazione clinica:

Atto sanitario proposto: Test genetici su sangue

Test genetici su materiale bioptico

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato.

Il medico della struttura cui potrà fare riferimento è/sono il/i dott.

Data

Timbro e firma del medico

A cura del medico che effettuerà la prestazione in una struttura diversa da quella proponente

Dichiaro di aver completato l'informazione sull'atto sanitario proposto.

EVENTUALI NOTE AGGIUNTIVE

Data.....

Timbro e firma del medico

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile e dettagliato dal dr.sugli aspetti genetici della malattia sospettata, di cui soffro o che ricorre nella mia famiglia e di aver compreso l'utilità ed i limiti della analisi genetica propositami. Ho avuto l'opportunità di porre domande di chiarimento riguardo la natura, le finalità, benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti possibili dell'accertamento in oggetto.

Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Sono a conoscenza che il mio campione biologico, dopo la raccolta, potrà essere utilizzato per la ricerca specifica inerente la mia patologia o per un utilizzo senza restrizioni per analisi attuali o per ricerche future non ancora definite.

Mi sono sottoposto a trattamenti trasfusionali nell'ultimo trimestre SÌ NO

Ho subito un trapianto di midollo osseo SÌ NO

Alla luce di queste informazioni dichiaro di:

- Volere Non volere essere informato circa i risultati delle analisi.
- Volere Non volere rendere partecipi i miei familiari circa i risultati dell'analisi.
(chi _____ grado di parentela _____)
- Volere Non volere rendere partecipe dei risultati dell'analisi, il mio medico di famiglia dott. _____ e/o il medico a cui faccio riferimento per la mia patologia dott. _____
- Volere Non volere la conservazione del materiale biologico per eventuali ulteriori indagini che in futuro potessero trovare indicazioni per la diagnosi della malattia.
- Volere Non volere che il DNA estratto dal campione biologico venga usato, con garanzia della massima riservatezza, per studi o ricerche scientifiche.
- Volere Non volere essere informato di eventuali risultati riguardanti la salute derivanti dai suddetti studi e ricerche.
- Volere Non volere la conservazione dei dati acquisiti e l'eventuale loro utilizzo, in forma anonima, a scopo di ricerca.

Mi impegno, infine, a comunicare ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'indagine diagnostica e alle sue possibili complicanze:

DOMANDA:.....

RISPOSTA.....

DOMANDA:.....

RISPOSTA.....

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.

Sono a conoscenza della possibilità di **revocare** il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Recepita l'informazione ricevuta

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'effettuazione dell'atto sanitario su indicato.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'utilizzo del mio materiale biologico per la ricerca specifica per la mia patologia ma anche per nuove ricerche non ancora definite, purché abbiano l'identico scopo della ricerca principale, per la quale è stato dato il consenso.

Data

Firma del paziente

SEZIONI DA COMPILARE SOLO NEI CASI PARTICOLARI SOTTO INDICATI

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE (Data _____)

Firma del padre	Firma della madre	Firma del tutore	Firma del minore se di età maggiore ai 14 anni
_____	_____	_____	_____

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO (Data _____)

Firma del tutore/amministratore di sostegno _____

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE (Data _____)

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello)	Firma dell'interprete	N. Documento
_____	_____	_____
Nome e Cognome del 1° testimone (stampatello)	Firma	N. Documento
_____	_____	_____
Nome e Cognome del 2° testimone (stampatello)	Firma	N. Documento
_____	_____	_____

PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA (Data _____)

Nome e Cognome del 1° testimone (stampatello)	Firma	N. Documento
_____	_____	_____
Nome e Cognome del 2° testimone (stampatello)	Firma	N. Documento
_____	_____	_____

Essendo trascorso un intervallo di tempo dal (data acquisizione consenso), **CONFERMO** quanto precedentemente espresso.

Data.....

Firma del paziente.....