

## Consenso Informato all'esecuzione di analisi di Citogenetica (DGR 4716/2013) Legge 219/2017)

Il sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il..... residente a ..... in via.....  
CAP..... prov ..... Tel: ..... CF.....  
Sesso  M -  F Origine etnico/geografica .....

in qualità di genitore/tutore di ..... nato/a a ..... il  
..... e residente a ..... in via.....  
CAP..... prov ..... CF.....  
Sesso  M -  F Origine etnico/geografica .....

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

### ACCONSENTE

- Al prelievo del materiale biologico  SI  NO
- Ad utilizzare il campione biologico a scopo diagnostico  SI  NO
- Trattare i dati personali, sensibili e genetici  SI  NO
- Conoscere i risultati delle indagini richieste  SI  NO

### IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI

- Rendere partecipe dei risultati il Dott .....  SI  NO
- Rendere partecipe dei risultati il Sig. ....  SI  NO
- Inviare il campione per l'esecuzione dell'analisi presso il Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Traslazionale dell'Università Statale di Milano  SI  NO
- Conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive  SI  NO
- Ad utilizzare il materiale biologico e i dati nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personale, per approfondimenti a fini diagnostici:
- Presso il centro che esegue le analisi  SI  NO
- Presso l'equipe della Sezione di Genetica Medica e Citogenetica di Bianalisi  SI  NO
- Presso altri centri, anche al di fuori dell'Unione Europea  SI  NO
- Rendere partecipe i risultati ai famigliari qualora ne facciano richiesta  SI  NO
- Utilizzare i materiali biologici e i referti risultanti resi anonimi per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità  SI  NO

Data..... Firma del paziente.....

In caso di minore firma del genitore/tutore .....

titolo (padre, mare, esercente la potestà genitoriale).....

Data..... Firma, C.F. e timbro dello Specialista.....

## SCHEDA DI ACCETTAZIONE CARIOTIPO SU SANGUE PERIFERICO

DATA PRELIEVO \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Sesso :  M  F

### INDICAZIONE ALL'ANALISI

- Consulenza preconcezionale
- Sterilità
- Abortività di coppia
- Sospetto clinico (specificare) \_\_\_\_\_
- Presenza di anomalie in consanguineo  
(specificare anomalia e grado di parentela) \_\_\_\_\_

**Trattamento dati** - Avendo ricevuto, letto e compreso le informative a me consegnate, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inerenti la salute e genetici ai sensi degli articoli 4, 9, 10 GDPR secondo le finalità per le quali sono stati raccolti e/o trasmessi, ai sensi e nel rispetto delle modalità e dei limiti previsto dalla D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016.

Data..... Firma del paziente.....

In caso di minore firma del genitore/tutore .....

titolo (padre, mare, esercente la potestà genitoriale).....

Data.....Firma, C.F. e timbro dello Specialista.....

Il presente consenso **al trattamento dati** è revocabile in qualsiasi momento

Il sottoscritto ..... dichiara di voler **REVOCare** il consenso.

Data ..... Firma .....

Il presente **consenso informato** è revocabile in qualsiasi momento

Il sottoscritto ..... dichiara di voler **REVOCare** il consenso.

Data ..... Firma .....