

Consenso Informato all'esecuzione di analisi di Genetica medica (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
- 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 altri centri, anche al di fuori dell'Unione Europea SI NO
- Rendere partecipe i risultati ai famigliari qualora ne facciano richiesta SI NO
- Ad 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.....

Modulo di richiesta all'esecuzione di analisi di Genetica medica

Il sottoscritto/a

RICHIEDE

L'esecuzione del test genetico:

Tipologia del campione da analizzare:

Sangue periferico Altro

DATA PRELIEVO:

MEDICO REFERENTE RICHIEDENTE IL TEST:

INDICAZIONE AL TEST:

(motivo per il quale si richiede il test. Indicare, oltre alla propria, anche l'anamnesi familiare e l'albero genealogico)

.....
.....
.....
.....
.....

NB: SEGNALARE SEMPRE EVENTUALI TRASFUSIONI O TRAPIANTI DI MIDOLLO

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