

CONSENSO INFORMATO
ESECUZIONE ANALISI DI GENETICA
(DGR 4716/2013)

GENERALITÀ PAZIENTE
(apporre l'etichetta identificativa)

Analisi genetica richiesta

Trombofilia	<input type="checkbox"/> MTHFR C677T <input type="checkbox"/> Fattore II (mutazione G20210A) <input type="checkbox"/> Fattore V (mutazione di Leiden G1691A)
Farmacogenetica	<input type="checkbox"/> Mutazione gene DPYD (tossicità Fluoroprimidine) <input type="checkbox"/> Mutazione gene UGT1A1 (tossicità Irinotecan)
Altro	<input type="checkbox"/> HLAB27 <input type="checkbox"/>

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____
 nato/a _____ il ____/____/____
 residente a _____ via _____
 recapiti telefonici _____
 documento di identità n° _____ rilasciato il _____ da _____

letta l'informativa consegnatami e avendone compreso il contenuto:

• acconsento all'esecuzione, sul proprio campione biologico della richiesta analisi genetica. Tipo di campione da analizzare _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• acconsento al trattamento dei miei dati personali, sensibili, genetici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• desidero essere informato/a sui risultati ottenuti (e sul significato) dell'analisi effettuata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• desidero essere informato/a su 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
• desidero essere informato/a su eventuali risultati inattesi ottenuti dall'analisi effettuata che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• acconsento alla comunicazione del risultato dell'analisi genetica il Dr./Dr.ssa _____ qualora lo stesso lo richieda	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• acconsento all'utilizzo del proprio materiale biologico e dei propri dati personali 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
• acconsento a rendere partecipi dei risultati i miei familiari, qualora ne facessero richiesta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• acconsente a rendere disponibile all'eventuale utilizzo per studi e ricerche finalizzate alla tutela della salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati in forma codificata ed anonimizzata al Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Firma Paziente¹

X _____

Firma eventuale interprete

X _____

Firma di chi ha raccolto il consenso

X _____

Sottoscritto in data

____/____/____

REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a _____
 in data ____/____/____ **REVOCA** il consenso sopra riportato.

Firma paziente **X** _____

¹ O della persona autorizzata ad acconsentire per il paziente se questi è minore o incapace di intendere e volere.
 Pagina 1 di 1