

**CONSENSO INFORMATO ALL'ANALISI DELL'ESOMA/GENOMA –
MINORE/ASSISTITO**

**IRCCS ISNB
Mod.11.P.8.5 LabNG1**

Io sottoscritta (in qualità di **MADRE/TUTORE**) _____

Nata il _____ a _____

Residente in via _____ CAP _____ città _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Telefono _____

Io sottoscritto (in qualità di **PADRE/TUTORE**) _____

Nato il _____ a _____

Residente in via _____ CAP _____ città _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Telefono _____

del paziente _____ nato il _____

Residente in via _____ CAP _____ città _____

Oppure

su materiale biologico fetale

DICHIARO/IAMO:

- di aver letto e compreso l'informativa Mod.09.P.8.5 LabNG1 che ci è stata consegnata
- di aver avuto l'opportunità di porre domande e ricevere esaurienti spiegazioni, in particolare sulle finalità e procedure dell'indagine proposta
- di aver compreso che la partecipazione è volontaria e facoltativa, e potrà essere interrotta in qualsiasi momento senza necessità di fornire spiegazioni e senza che questo influenzi in alcun modo l'assistenza sanitaria di nostro figlio/assistito
- di essere consapevole/i che, se ritireremo il nostro consenso, potremo chiedere la distruzione dei campioni di nostro figlio/ assistito
- di essere stato/i informato/i che i risultati dello studio potranno essere resi noti alla comunità scientifica, tutelando l'identità del minore/assistito secondo la normativa vigente sulla privacy



**CONSENSO INFORMATO ALL'ANALISI DELL'ESOMA/GENOMA –
MINORE/ASSISTITO**

**IRCCS ISNB
Mod.11.P.8.5 LabNG1**

Allo scopo di consentire l'ESECUZIONE dell'analisi genetica che è stata proposta (sequenziamento dell'esoma o del genoma) utile alla diagnosi della patologia in esame:

Acconsento/iamo a sottoporre nostro figlio/assistito ad un prelievo di sangue (o altro campione biologico se indicato) SI NO

Acconsento/iamo al sequenziamento del DNA dell'intero esoma/intero genoma di nostro figlio/assistito SI NO

Allo scopo di consentire la VALUTAZIONE dell'analisi genetica che è stata proposta (sequenziamento dell'esoma o del genoma) utile alla diagnosi della patologia in esame:

Acconsento/iamo l'acquisizione di documentazione clinica relativa al caso clinico SI NO

Acconsento/iamo l'acquisizione di fotografie che documentano il caso clinico SI NO

Acconsento/iamo alla raccolta di informazioni sulla famiglia (albero genealogico) SI NO

In merito alla comunicazione dei risultati dichiaro/iamo che:

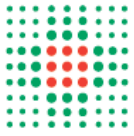
voglio/iamo conoscere i risultati dell'analisi rilevanti per la malattia SI NO

Desidero/iamo essere informato/a di eventuali risultati inattesi relativi a varianti chiaramente patogenetiche se questi comportano un beneficio concreto in termini di terapia e/o prevenzione in accordo alle conoscenze disponibili al momento dell'indagine SI NO

In merito agli usi futuri dei campioni e dei dati, NON NECESSARI per effettuare l'indagine diagnostica dichiaro/iamo che:

Autorizzo/iamo l'uso dei dati, in forma pseudonimizzata ovvero non riconducibile alla persona, per promuovere le conoscenze scientifiche sulla malattia, come indicato nell'informativa SI NO

Autorizzo/iamo la conservazione del materiale biologico ed il suo utilizzo per eventuali future indagini riguardanti la patologia in esame SI NO



**CONSENSO INFORMATO ALL'ANALISI DELL'ESOMA/GENOMA –
MINORE/ASSISTITO**

**IRCCS ISNB
Mod.11.P.8.5 LabNG1**

Acconsento/iamo ad essere ricontattato/i in futuro per eventuali ulteriori indagini non direttamente collegate alla patologia in esame o per informazioni sulla possibilità di partecipare a studi clinici (ricerca medica) SI NO

Nome Data Firma

Nome Data Firma

Nome della persona che ha raccolto il consenso _____

Data _____ Firma _____

REVOCA DEL CONSENSO

REVOCO il consenso sopra espresso

Data _____

Firma del genitore/tutore

Firma del medico e/o operatore
