

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in via _____ CAP _____ città _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Telefono _____

DICHIARO:

- di aver letto e compreso l'informativa Mod.09.P.8.5 LabNG1 che mi 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
- di essere consapevole che, se ritirerò il consenso, potrò chiedere la distruzione del mio campione/i biologici
- di essere stato informato che i risultati potranno essere resi noti alla comunità scientifica, tutelando la mia identità secondo la normativa vigente sulla privacy

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

Acconsento a sottopormi ad un prelievo di sangue (o altro campione biologico se indicato)

SI

NO

Acconsento al sequenziamento del DNA dell'intero esoma/intero genoma

SI

NO

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

Acconsento l'acquisizione di documentazione clinica relativa al mio caso

SI NO

Acconsento l'acquisizione di fotografie che documentano il mio caso

SI NO

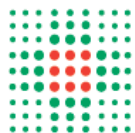
Acconsento alla raccolta di informazioni sulla mia famiglia (albero genealogico)

SI NO

In merito alla comunicazione dei risultati dichiaro che:

voglio conoscere i risultati dell'analisi rilevanti per la malattia

SI NO



CONSENSO INFORMATO ALL'ANALISI DELL'ESOMA/GENOMA - PAZIENTE ADULTO

IRCCS ISNB
Mod.10.P.8.5 LabNG1

desidero 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, anche in merito a scelte riproduttive, in accordo alle conoscenze disponibili al momento dell'indagine

SI NO

Autorizzo la comunicazione dei risultati dell'analisi genetica alle seguenti persone:

Medico curante, Dr. _____

Altri: _____

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

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

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

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

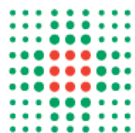
Nome

Data

Firma

Nome della persona che ha raccolto il consenso _____

Data _____ Firma _____



REVOCA DEL CONSENSO

REVOCO il consenso sopra espresso

Data _____

Firma del paziente

Firma del medico e/o operatore
