

CONSENSO INFORMATO ALL'ANALISI GENETICA

IRCCS ISNB  
Mod.13.P.8.5 LabNG1

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.08.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

**di aver compreso, scopi, procedure, limiti e vantaggi delle seguenti indagini genetiche:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pertanto, al fine di consentire l'esecuzione delle indagini genetiche su indicate:**

Acconsento      SI       NO

all'esecuzione di un prelievo di sangue e/o di altro materiale biologico a **me medesimo**

**al figlio o tutelato/affidato**

Cognome/Nome (minore/tutelato/affidato) \_\_\_\_\_

Data/Luogo di nascita \_\_\_\_\_

**Allo scopo di consentire la VALUTAZIONE dell' analisi genetica che mi è stata proposta, utile alla diagnosi della patologia in esame**

Acconsento l' acquisizione di documentazione clinica relativa al mio caso

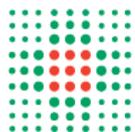
SI       NO

Acconsento l' acquisizione di fotografie che documentano il mio caso

SI       NO

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

SI       NO



CONSENSO INFORMATO ALL'ANALISI GENETICA

IRCCS ISNB  
Mod.13.P.8.5 LabNG1

**In merito alla comunicazione dei risultati dichiaro che:**

voglio conoscere i risultati dell'analisi rilevanti per la malattia

SI  NO

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

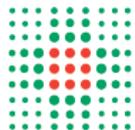
\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma

Nome della persona che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



CONSENSO INFORMATO ALL'ANALISI GENETICA

IRCCS ISNB  
Mod.13.P.8.5 LabNG1

## REVOCA DEL CONSENSO

**REVOCO** il consenso sopra espresso

Data \_\_\_\_\_

**Firma del paziente**

\_\_\_\_\_

**Firma del medico e/o operatore**

\_\_\_\_\_