



Consenso informato all'esecuzione del test di GENETICA/BIOLOGIA MOLECOLARE

Le analisi genetiche comprendono esami eseguiti sul DNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare alterazioni nel patrimonio genetico che causano o predispongono allo sviluppo di malattie. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Io sottoscritto/a.....

Nato/a a.....(Prov.....) il...../...../.....

Residente in.....(Prov.....) CAP:.....

Via.....n.....Tel

in qualità di:

Diretto interessato

Genitore, Amministratore di sostegno, tutore, familiare, prossimo congiunto, convivente o responsabile di struttura presso la quale l'interessato dimora. (Se l'interessato è minore, incapace di agire, impossibilitato fisicamente o incapace di intendere o di volere):

nome..... nato a.....il.....

Dichiaro di aver ricevuto una dettagliata informazione sui metodi, sui motivi e sui tempi di esecuzione e di avere compreso l'utilità ed i limiti (falsi negativi, possibili fonti di errore diagnostico, relatività del test in funzione del pannello di analisi prescelto) della analisi genetica propositami.

Pertanto **ACCONSENTO** al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione del test.

Dichiaro inoltre di:

voler essere informato circa i risultati delle analisi SI NO

volere rendere partecipi i miei familiari circa i risultati dell'analisi SI NO

volere rendere partecipe dei risultati dell'analisi il mio medico di famiglia Dr.....

volere il trasferimento dei campioni biologici, nonché l'eventuale utilizzo di questi

per ulteriori scopi diagnostici e/o di ricerca SI NO

Mi impegno, infine, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Data.....

Firma.....