

Codice:	COINF12	
Titolo del documento:	CONSENSO INFORMATO ESECUZIONE ANALISI DI GENETICA MEDICA	
Area:	Laboratorio	Rev. 1 del 01/04/2021

Le analisi genetiche comprendono le analisi di specifici geni, del loro prodotto o della loro funzione e ogni altro tipo di analisi del DNA, dell'RNA o dei cromosomi, al fine di identificare mutazioni o anomalie nel patrimonio genetico. Le mutazioni individuate o le anomalie genetiche riscontrate possono portare a diagnosi di malattia o confermare un sospetto clinico in un individuo affetto, oppure possono evidenziare mutazioni associate ad una malattia genetica che potrà svilupparsi in un individuo non affetto (test presintomatici) o, ancora, a valutare la maggiore o minore suscettibilità di un individuo a sviluppare malattie multifattoriali (test predittivo o di suscettibilità). Per eseguire l'analisi genetica è necessario il prelievo di un campione biologico (sangue, campione epiteliale, o altro). Dal campione raccolto vengono estratti gli acidi nucleici (DNA o RNA) sui quali viene ricercata l'anomalia genetica o la mutazione, responsabile della patologia sospettata. Le metodiche applicate variano a seconda del tipo di alterazioni del DNA che è necessario studiare e che a sua volta dipende dal tipo di malattia genetica sospettata dal medico specialista.

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. (_____) il, ____/____/____

(Da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)

Il genitore/tutore - Nome e Cognome: _____

nato/a _____ Prov. (_____) il, ____/____/____

in qualità di: ☐ padre; ☐ madre; ☐ tutore legale

In relazione alla prescrizione specialistica con la richiesta di essere sottoposto a:

DICHIARO di aver ricevuto dallo specialista una dettagliata informazione sulle indagini genetiche che verranno eseguite in seguito al prelievo di campione biologico e di aver compreso l'utilità ed i limiti dell'analisi genetica propostami. Pertanto acconsento a:

1. Utilizzare il mio campione biologico a scopo diagnostico ☐ SI ☐ NO
2. Rendere partecipe dei risultati il Dott _____ ☐ SI ☐ NO
3. Conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive ☐ SI ☐ NO
4. Utilizzare il materiale biologico e i miei dati nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali per approfondimenti a fini diagnostici:
 - a. presso il centro che esegue le analisi ☐ SI ☐ NO
 - b. presso altri centri, anche al di fuori della Unione Europea ☐ SI ☐ NO
5. Rendere partecipi dei risultati i miei familiari, qualora ne facciano richiesta ☐ SI ☐ NO

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento o richiedere una copia dell'informativa specifica all'esame.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Data _____ Firma leggibile del paziente o del genitore/tutore _____

Firma e timbro dello specialista che ha raccolto il consenso _____