

Facsimile

Intestazione Ente/struttura/oggetto che richiede la prestazione

Consenso Informato all'esecuzione di analisi di Genetica Medica (DGR 4716/2013)

Dati anagrafici
Recapiti

TIPOLOGIA del Campione da analizzare:

Sangue periferico altro

Prestazione/i richiesta/e
.....

Letta l'informativa consegnatami dallo Specialista che richiede le analisi, avendone compreso il contenuto e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste, **acconsento a**

utilizzare il mio campione biologico a scopo diagnostico SI NO

trattare i miei dati personali, sensibili, genetici SI NO

conoscere i risultati delle indagini richieste SI NO

rendere partecipe dei risultati il dott. SI NO

conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive SI NO

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:

– presso il Centro che esegue le analisi SI NO

– presso altri Centri, anche al di fuori della Unione Europea SI NO

rendere partecipi dei risultati i miei famigliari, qualora ne facciano richiesta SI NO

Firma dell'Interessato

Firma dello Specialista Data

REVOCA del CONSENSO

Il sottoscritto in data
REVOCA il consenso sopra riportato

Firma

Facsimile

Intestazione Ente/struttura/soggetto che richiede la prestazione

Consenso Informato all'esecuzione di analisi di Genetica Medica (DGR 4716/2013)
Per minore o tutelato

Dati anagrafici del minore/tutelato

Dati anagrafici di entrambi del/i genitore/i o del tutore

Recapiti

TIPOLOGIA del Campione da analizzare:

Sangue periferico altro

Prestazione/i richiesta/e

Letta l'informativa consegnata dallo Specialista che richiede le analisi, avendone compreso il contenuto e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste, **si acconsente a**

utilizzare il campione biologico del minore/tutelato a scopo diagnostico SI NO

trattare i dati personali, sensibili e genetici del minore/tutelato SI NO

conoscere i risultati delle indagini richieste SI NO

rendere partecipe dei risultati il dott. SI NO

conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive SI NO

utilizzare il materiale biologico e i dei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per approfondimenti a fini diagnostici:

- presso il Centro che esegue le analisi SI NO

- presso altri Centri, anche al di fuori della Unione Europea SI NO

rendere partecipi dei risultati i famigliari del minore/tutelato, qualora ne facciano richiesta SI NO

Eventuali commenti

Firma/e di entrambi del/i genitore/i o del tutore

Firma del minore/tutelato (se possibile)

Firma dello Specialista Data

REVOCA del CONSENSO

Il/i sottoscritto/i
in qualità di genitore/i/ o tutore,

REVOCA/NO il consenso sopra riportato

Firma Data