

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE
DI ANALISI DI GENETICA MEDICA (DGR 4716/2013 e 1612/2018)**

Cognome.....Nome.....Data di nascita.....

Recapiti.....

TIPOLOGIA del Campione da analizzare :

☐ ☐ Sangue periferico ☐ ☐ Altro**Prestazione/i richiesta/e:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> cariotipo prenatale liquido amniotico | <input type="checkbox"/> cariotipo postnatale |
| <input type="checkbox"/> analisi molecolare fibrosi cistica | <input type="checkbox"/> cariotipo prenatale villi coriali |
| <input type="checkbox"/> analisi molecolare microdelezione cromosoma Y | <input type="checkbox"/> tipizzazione HLA-B |
| <input type="checkbox"/> analisi molecolare fattori cardiovascolari | <input type="checkbox"/> analisi molecolare emocromatosi |
| <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> analisi genetica celiachia |

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 autilizzare il mio campione biologico a scopo diagnostico ☐ SI ☐ NOtrattare i miei dati personali, sensibili, genetici ☐ SI ☐ NOconoscere i risultati delle indagini richieste ☐ SI ☐ NOrendere partecipe dei risultati il dott. ☐ SI ☐ NOconoscere 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 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - presso altri Centri, anche al di fuori dell' Unione Europea | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

utilizzare il materiale biologico e i referti risultanti per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico e epidemiologico ☐ SI ☐ NOrendere partecipi dei risultati i miei familiari, 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