

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	MODULO CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST GENETICI PRENATALI	Cod MOD05 IOS01SSDGM Data:09/11/2018 Rev.0
---	--	--

La sottoscritta: _____
 Nata a: _____ il: _____
 Residente in: _____ Prov _____
 Via _____ n° _____ Tel. _____
 e-mail _____

con grado di comprensione della lingua:

completa ☐ sufficiente ☐ con necessità di mediatore linguistico ☐
 (nome del mediatore:.....)

DICHIARA DI

di aver ricevuto una dettagliata informazione scritta, mediante l'informativa consegnatami, o durante colloquio pre-test in cui ho posto tutte le domande che ho ritenute opportune e che mi ha permesso di comprendere il test.

ANALISI SU : VILLO CORIALE ☐ LIQUIDO AMNIOTICO ☐ SANGUE FETALE ☐

Pertanto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

In caso di analisi citogenetica

☐ **ACCETTO** ☐ **NON ACCETTO** l'esecuzione dell'indagine citogenetica sopraindicata e che in conseguenza dei risultati ottenuti, possano essere condotte ulteriori analisi necessarie a precisare quanto osservato.

☐ **ACCETTO** ☐ **NON ACCETTO** di essere contattato dal personale sanitario della SSD, Laboratorio Analisi – SMEL specializzato in Citogenetica e Genetica Medica per una eventuale consulenza genetica .

In caso di analisi genetica molecolare per la patologia sotto indicata

☐ **ACCETTO** ☐ **NON ACCETTO** l'esecuzione dell'esame genetico su DNA per

Presa visione dell'informativa per il trattamento dei dati sensibili e dei dati genetici

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	MODULO CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST GENETICI PRENATALI	Cod MOD05 IOS01SSDGM Data:09/11/2018 Rev.0
---	--	--

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO** il relativo trattamento dei dati personali e sensibili per

- ❖ finalità diagnostico-terapeutiche
- ❖ per attività di ricerca medico-scientifica/statistica direttamente collegata all'indagine genetica in atto.

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO** la comunicazione dei risultati ottenuti delle suddette analisi al

- ❖ sottoscritto
- ❖ attraverso il medico curante Dr. _____

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO** a rendere partecipi i famigliari appartenenti alla stessa linea genetica dei risultati delle indagini qualora risultino indispensabili per la tutela della salute degli stessi, una scelta riproduttiva consapevole o fosse giustificato da interventi di natura preventiva o terapeutica, e qualora i medesimi ne facciano richiesta

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO** al trasferimento del campione biologico e al trattamento dei dati sensibili/genetici presso altre strutture esterne per conto del laboratorio in caso di approfondimento diagnostico e di essere informato sui risultati ottenuti qualora rappresentino un beneficio concreto. Nome struttura esterna _____

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO** che il materiale biologico prelevato sia conservato fino a termine dell'iter diagnostico e che i materiali biologici e i referti risultanti possano essere utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche, garantendo l'anonimato del paziente

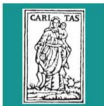
☐ **VOLERE** ☐ **NON VOLERE**

- ❖ essere ricontattato personalmente
- ❖ Essere reperibile tramite il Sig. _____ Telefono _____

*Il personale sanitario che ha accesso ai dati personali, sensibili e genetici si attiene alle norme della Legge sulla privacy ai sensi del **Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati dell'Unione Europea 2016/679 (GDPR)***

Data, _____ Firma _____

Firma di chi ha raccolto e illustrato il consenso _____

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	MODULO CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST GENETICI PRENATALI	Cod MOD05 IOS01SSDGM Data:09/11/2018 Rev.0
---	---	---

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento tramite comunicazione scritta alla struttura di competenza.

Il/i sottoscritto/i _____ in data _____ <i>Dichiaro/dichiarano di voler REVOCARE il consenso sopra riportato</i> Firma _____
