

Consenso Informato all'esecuzione di analisi di Citogenetica (DGR 4716/2013) Legge 219/2017)

Il sottoscritto/a nato/a a
il..... residente a in via.....
CAP..... prov Tel: CF.....
Sesso M - F Origine etnico/geografica

in qualità di genitore/tutore di nato/a a il
..... e residente a in via.....
CAP..... prov CF.....
Sesso M - F Origine etnico/geografica

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

ACCONSENTE

- Al prelievo del materiale biologico SI NO
- Ad utilizzare il campione biologico a scopo diagnostico SI NO
- Trattare i dati personali, sensibili e genetici SI NO
- Conoscere i risultati delle indagini richieste SI NO

IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI

- Rendere partecipe dei risultati il Dott SI NO
- Rendere partecipe dei risultati il Sig. SI NO
- Inviare il campione per l'esecuzione dell'analisi presso il Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Traslazionale dell'Università Statale di Milano SI NO
- Conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive SI NO
- Ad utilizzare il materiale biologico e i dati nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personale, per approfondimenti a fini diagnostici:
 - Presso il centro che esegue le analisi SI NO
 - Presso l'equipe della Sezione di Genetica Medica e Citogenetica di Bianalisi SI NO
 - Presso altri centri, anche al di fuori dell'Unione Europea SI NO
 - Rendere partecipe i risultati ai famigliari qualora ne facciano richiesta SI NO
 - Utilizzare i materiali biologici e i referti risultanti resi anonimi 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 SI NO

Data..... Firma del paziente.....

In caso di minore firma del genitore/tutore

titolo (padre, mare, esercente la potestà genitoriale).....

Data.....Firma, C.F. e timbro dello Specialista.....



LAB. CERTIFICATO UNI EN ISO 9001:2015

www.bianalisi.it



...una presenza diffusa... ...un servizio capillare...!

Sede Primaria:

20841 Carate B.za (MB) - Via Mattavelli, 3 - Tel. 0362.903099
N. VERDE 800-422-978

Altre Sedi:

Roma - Milano - Mantova - Modena - Forlì - Cervia - Sestri Levante - Rapallo - La Spezia - Vado Ligure
Mod.09.19 B Rev.3 del 19/06/2018

SCHEDA DI ACCETTAZIONE CARIOTIPO SU MATERIALE ABORTIVO

DATA PRELIEVO _____

DATI ANAGRAFICI

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Cognome del partner _____

DATI CAMPIONE

Settimana di gestazione : _____

Materiale inviato : _____

Note: _____

Trattamento dati - Avendo ricevuto, letto e compreso le informative a me consegnate, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inerenti la salute e genetici ai sensi degli articoli 4, 9, 10 GDPR secondo le finalità per le quali sono stati raccolti e/o trasmessi, ai sensi e nel rispetto delle modalità e dei limiti previsto dalla D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016.

Data..... Firma del paziente.....

In caso di minore firma del genitore/tutore

titolo (padre, mare, esercente la potestà genitoriale).....

Data.....Firma, C.F. e timbro dello Specialista.....

Il presente consenso **al trattamento dati** è revocabile in qualsiasi momento

Il sottoscritto dichiara di voler **REVOCARE** il consenso.

Data Firma

Il presente **consenso informato** è revocabile in qualsiasi momento

Il sottoscritto dichiara di voler **REVOCARE** il consenso.

Data Firma