

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.....

SCHEDA DI ACCETTAZIONE CARIOTIPO SU SANGUE PERIFERICO

DATA PRELIEVO _____

DATI ANAGRAFICI

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ Sesso : M F

INDICAZIONE ALL'ANALISI

- Consulenza preconcezionale
- Sterilità
- Abortività di coppia
- Sospetto clinico (specificare) _____
- Presenza di anomalie in consanguineo
(specificare anomalia e grado di parentela) _____

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