



**CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST GENETICO Ai sensi della DGR 4716/2013**

(indicare il gene/malattia) \_\_\_\_\_

Indicare materiale biologico inviato: \_\_\_\_\_

**Dati del paziente:**

Cognome e Nome ..... sesso  M  F  
nato/a il ..... a ..... Recapito telefonico .....  
Residente a ..... via ..... n. ....

**In caso di minore o incapace (in caso di minore indicare sempre i dati di entrambi i genitori):**

Primo genitore: Cognome e Nome ..... nato/a il.....  
Secondo genitore: Cognome e Nome ..... nato/a il.....  
Rappresentante legale, Tutore,  Amministratore di sostegno  
Cognome e Nome ..... nato/a il.....

**Sez.1 Consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici per finalità di DIAGNOSI, CURA E TERAPIA**

1. **esprime il consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici** presso l'UOS/UOSD di:.....  **Sì**  **No**
  2. acconsente al trasferimento del campione biologico ed al trattamento dei dati personali, sensibili ed in particolare di quelli genetici presso strutture esterne anche al di fuori dell'Unione Europea in caso di approfondimento diagnostico  **Sì**  **No**
  3. acconsente alla conservazione del campione biologico ed **al trattamento dei dati personali, sensibili e** genetici ad esso associati per finalità di DIAGNOSI, CURA E TERAPIA presso il laboratorio:  
(specificare) .....  **Sì**  **No**
- Biobancaggio non effettuabile
4. acconsente al trattamento dei **dati personali, sensibili e genetici** associati al campione biologico per eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici qualora in futuro la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico disponga di nuovi mezzi di indagine  **Sì**  **No**

**Sez. 2 Espressione del Consenso all'esecuzione dell'indagine genetica**

Io sottoscritto/a dr ..... presso l'UOS/UOSD di..... dichiaro di aver informato il paziente, sul test genetico che sarà eseguito, assicurandomi della sua comprensione e di aver risposto ad ogni domanda.

Firma e timbro del medico .....

Dichiaro di aver ricevuto informazioni in modo chiaro, con linguaggio semplice che mi hanno permesso di comprendere la mia condizione clinica anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Firma dell'interessato/a.....

Firma del primo genitore in caso di minore .....

Firma del secondo genitore in caso di minore.....

Firma  Rappresentante legale,  Tutore,  Amministratore di sostegno

Firma dell'eventuale mediatore culturale .....

Data.....



### **Espressione del consenso**

valutate le informazioni ricevute:

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

accertamento proposto,

Firma dell'interessato/a.....

Firma del primo genitore in caso di minore .....

Firma del secondo genitore in caso di minore.....

Firma  Rappresentante legale,  Tutore,  amministratore di sostegno.....

Data.....

**1.** desidero essere informato/a sui risultati ottenuti e sul loro significato  **Sì**  **No**

**2.** desidero essere informato/a anche su eventuali risultati inattesi  **Sì**  **No**

**3.** autorizzo il medico (indicare cognome e nome) .....  
ad essere informato dei risultati  **Sì**  **No**

**4.** acconsento a rendere partecipi i familiari appartenenti alla stessa linea genetica dei  
risultati dell'indagine qualora risultino indispensabili per la tutela della salute degli stessi e  
qualora i medesimi ne facciano richiesta  **Sì**  **No**

Firma dell'interessato/a.....

Firma del primo genitore in caso di minore.....

Firma del secondo genitore in caso di minore.....

Firma  Rappresentante legale,  Tutore,  amministratore di sostegno.....

Data.....

### **Sez. 3 Revoca del consenso**

Io sottoscritto/a/i

in data ..... REVOCA/NO il consenso precedentemente espresso.

Firma dell'interessato/a.....

Firma del primo genitore in caso di minore.....

Firma del secondo genitore in caso di minore.....

Firma  Rappresentante legale,  Tutore,  amministratore di sostegno.....

**Questo modulo deve essere compilato in triplice copia.**

**(una copia deve essere conservata dallo Specialista, una copia deve essere consegnata al Laboratorio che esegue la prestazione, una copia deve essere consegnata al paziente perché possa conservarla).**

**In caso di analisi eseguite in Service, il Laboratorio che accetta i campioni deve trasmettere una copia del consenso anche al Laboratorio che esegue le analisi.**

