

**Consulenza Genetica - Consenso Informato**

Sono stato informato che la consulenza genetica è un atto medico che richiede uno o più incontri, può comportare l'esecuzione di accertamenti e la consultazione di documentazione personale riguardante accertamenti o ricoveri avvenuti in precedenza. In particolare mi è stato spiegato che le analisi genetiche comprendono esami eseguiti sul DNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare alterazioni nel patrimonio genetico correlate con la malattia per cui ho chiesto la consulenza genetica. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

In base a tali informazioni,

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____ (Prov. _____), CAP _____

Via: _____ n. _____ Tel: _____/_____

DICHIARO di aver compreso l'utilità ed i limiti della consulenza genetica propostami.

DICHIARO inoltre di:

volere essere informato circa i risultati della consulenza genetica

volere rendere partecipe dei risultati della consulenza il Dr _____

ACCONSENTO di essere contattato per il follow-up e che la relazione genetica mi venga spedita per:

POSTA CERTIFICATA (PEC) RITIRO DI PERSONA

al seguente indirizzo (SCRIVERE IN STAMPATELLO):

ACCONSENTO SÌ NO che la fotografia del/della sottoscritto/a possa essere utilizzata per riunioni mediche, archiviazione in database computerizzati, pubblicazioni scientifiche. La tutela della privacy viene rispettata ai sensi della legge 675/96.

AUTORIZZO SÌ NO i medici/biologi del servizio della U.O.S.D. Diagnostica Genetica e Genomica a ritirare, se necessario, i risultati degli accertamenti eseguiti da me.

AUTORIZZO SÌ NO la comunicazione dei risultati delle ricerche e/o dei risultati di test e screening genetici agli "appartenenti della mia stessa linea genetica" su loro richiesta "qualora tali risultati siano indispensabili per evitare un pregiudizio per la loro salute, ivi compreso il rischio riproduttivo" (Garante per la protezione dei Dati Personali, registro dei provvedimenti n°258, 24/06/2011, paragrafo 9, comunicazione e diffusione dei dati).

Mi impegno, infine, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato. Dichiaro di avere compreso quanto sopra esposto.

Data: _____

Firma _____

Firma del Medico che ha raccolto il consenso: _____