

Consenso informato consulenza genetica

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 abbiamo 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,

Io 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 propositami, acquisito e compreso l'informativa relativa all'evento clinico corrente, ai sensi degli artt. 7 e seguenti del Reg. UE 2016/679 (GDPR).

DICHIARO inoltre di voler:

SI **NO** essere informato/a circa i risultati della consulenza genetica

SI **NO** rendere partecipe dei risultati della consulenza il Dr _____

ACCONSENTO SI **NO** di essere contattato/a tramite e-mail al seguente indirizzo (SCRIVERE IN STAMPATELLO): _____

ACCONSENTO SI **NO** che la fotografia e i dati clinici del/della sottoscritto/a, resi anonimi, possano essere utilizzati per riunioni mediche, archiviazione in database computerizzati, pubblicazioni scientifiche. Nel rispetto degli artt. 7 e seg. Del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

ACCONSENTO SI **NO** al trattamento dei dati idonei a rilevare lo stato di salute, in maniera anonimizzata, per scopi di ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico.

AUTORIZZO SI **NO** il medico genetista a ritirare, se necessario, i risultati degli accertamenti eseguiti.

AUTORIZZO SI **NO** che la visita di controllo o consulenza collegata al test genetico sia eseguita per via telematica (webconference), nei casi in cui il medico non ritenga indicata una rivalutazione clinica.

AUTORIZZO SI **NO** che la cartella clinica (cartacea o elettronica) comprensiva della relazione sia conservata presso l'archivio (fisico o informatizzato) della UOSD Genetica Medica e Genomica, visibile e consultabile solo dagli operatori sanitari autorizzati.

AUTORIZZO SI **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" fatto salvo quanto stabilito dal 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.

Consenso informato consulenza genetica

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Articolo 5 dell’Autorizzazione generale al trattamento dei dati genetici del Garante per la protezione dei dati personali – Autorizzazione n.8/2016)

Gentile signore/a, desideriamo informarla che il suo materiale biologico, i suoi dati anagrafici e genealogici e le informazioni sul suo stato di salute e su quella dei suoi familiari saranno utilizzati soltanto nella misura in cui questi sono indispensabili per le attività necessarie a determinare i risultati del test da lei richiesto e per fornirle un’appropriata consulenza genetica. A tal fine, i campioni e i dati da lei forniti e quelli sulla sua costituzione genetica risultanti dal test sono trattati con modalità, anche informatizzate, soltanto dal personale del Laboratorio incaricato di svolgere le procedure connesse all’esecuzione del test e, eventualmente, da strutture esterne che svolgono tali attività per conto del Laboratorio.

Dopo l’esecuzione del *test* i suoi campioni biologici sono conservati presso il laboratorio secondo le normative vigenti. Anche i risultati del *test* sono conservati in forma cartacea o elettronica in conformità ai vigenti obblighi normativi sulla conservazione dei documenti diagnostici. Qualora lei abbia acconsentito alla conservazione e/ o trasferimento presso altro laboratorio per scopo di ricerca, la informiamo che i suoi dati verranno trattati in forma anonima.

Tali risultati verranno forniti a lei o alle persone da lei delegate per iscritto e potranno essere portati a conoscenza di terzi soltanto su sua indicazione. I medesimi risultati non saranno comunicati ad altri soggetti, salvo che, sulla base di una specifica richiesta fondata su adeguata documentazione sanitaria, risultino indispensabili per la tutela della salute di un suo familiare.

I campioni biologici prelevati e i dati che la riguardano sono indispensabili per lo svolgimento del test: *senza* di essi non sarà possibile eseguirlo.

Dall’esecuzione del test richiesto potrebbero essere ottenuti risultati inattesi (ad es. informazioni su rapporti di consanguineità, fattori che non correlano con l’indicazione o fattori di rischio per una condizione clinica o che possono indicare uno stato presintomatico) che Le saranno comunicati nel rispetto della sua dichiarazione di volontà di conoscere o meno tali eventi, qualora questi rappresentino per l’interessato un beneficio concreto e diretto in termini di terapia o di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive.

Il Titolare e Responsabile del trattamento è l’Azienda ULSS 8 Berica – Viale Rodolfi, 37 – 36100 Vicenza.

ACCONSENTO **NON** ACCONSENTO

al trattamento dei dati (personali, sensibili e genetici) miei/ di colui che rappresento nel rispetto della vigente normativa italiana ed europea in materia di privacy e dell’Autorizzazione Generale del Garante al trattamento dei dati genetici (Autorizzazione n.8/2016) esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e ricerca scientifica (in quest’ultimo caso i dati saranno trattati in forma rigorosamente anonima), e sono consapevole che potrò revocare tale consenso in qualsiasi momento.

Data _____

Firma _____

Sanitario che ha raccolto il consenso: Cognome e Nome _____

Qualifica _____ Firma _____