

Consulenza Genetica Consenso Informato (Minore)

Siamo stati informati 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 ci 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,

I sottoscritti _____

padre/madre di _____

Residenti in _____ (Prov. _____), CAP _____

Via: _____ n. _____ Tel: _____ / _____

DICHIARIAMO di aver compreso l'utilità ed i limiti della consulenza genetica propostaci.

DICHIARIAMO inoltre di:

volere essere informati circa i risultati della consulenza genetica

volere rendere partecipe dei risultati della consulenza il Dr _____

ACCONSENTIAMO di essere contattati per il follow-up e che la relazione genetica ci venga spedita per:

POSTA CERTIFICATA (PEC) RITIRO DI PERSONA

al seguente indirizzo (SCRIVERE IN STAMPATELLO):

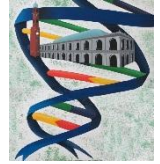
ACCONSENTIAMO SÌ NO che la fotografia di _____ possa essere utilizzata per riunioni mediche, archiviazione in database computerizzati, pubblicazioni scientifiche. La tutela della privacy viene rispettata ai sensi della legge 675/96.

AUTORIZZIAMO SÌ NO i medici/biologi del servizio di U.O.S.D. Diagnostica Genetica e Genomica a ritirare, se necessario, i risultati degli accertamenti eseguiti da noi e/o dai figli minori.

AUTORIZZIAMO 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).

Ci impegniamo, infine, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato. Dichiariamo di avere compreso quanto sopra esposto.

Data: _____ Firma: _____ / _____



Consulenza Genetica Consenso Informato (Minore)

Autocertificazione per Genitore Unico

Con la presente il/la sottoscritto/a

DICHIARA di essere l'unico rappresentante legale del minore l'impedimento alla presenza dell'altro genitore

Sig./Sig.ra _____
che è stato informato della/e analisi genetica/che proposta/e ed esprime il proprio accordo.

Data: _____

Firma del Medico che ha raccolto il consenso: _____