

Consenso informato consulenza genetica (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 _____

Legali rappresentanti di _____

Residenti in _____ (Prov. _____), CAP _____

Via: _____ n. _____ Tel: _____ / _____

DICHIARIAMO di aver compreso l'utilità ed i limiti della consulenza genetica propostami, acquisito e compreso l'informativa relativa all'evento clinico corrente, ai sensi degli artt. 7 e seguenti del Reg. UE 2016/679 (GDPR).

DICHIARIAMO inoltre di voler:

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

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

ACCONSENTIAMO SI **NO** di essere contattati tramite e-mail al seguente indirizzo (SCRIVERE IN STAMPATELLO): _____

ACCONSENTIAMO SI **NO** che la fotografia e i dati clinici di nostro figlio/a e 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).

ACCONSENTIAMO 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.

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

AUTORIZZIAMO 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.

AUTORIZZIAMO 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.

AUTORIZZIAMO SI **NO** la comunicazione dei risultati delle ricerche e/o dei risultati di test e screening genetici agli "appartenenti della nostra 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.

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

