

	CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ANALISI DI GENETICA MEDICA E TRATTAMENTO DI DATI GENETICI	AST_GEN_511_Ed02
		Approvazione: Direttore SC Genetica Medica
		Data di Emissione: 30.11.2022

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE SEMPRE COMPILATO IN CONCOMITANZA CON:

- L'INFORMATIVA SPECIFICA DEL TEST PROPOSTO
- L'INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI

TUTTI I MODULI VANNO CONSEGNATI ALLA SC GENETICA MEDICA (una copia dell'informativa può essere rilasciata al paziente in caso di necessità)

Nome e Cognome del Paziente: _____	
Luogo e data di nascita: _____	
nazionalità: <input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> altro:	lingua parlata, <i>se non italiano</i> : _____
Presenza d'interprete: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> (<i>nome cognome</i>) _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Rappresentante Legale: <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> tutore/curatore	
Nome e Cognome : _____	
data di nascita: _____	<i>come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Genitori:	
1: Nome e Cognome: _____	
2: Nome e Cognome: _____	

Io sottoscritto/a, in qualità di: Paziente Rappresentante legale Genitore/i

Consapevole della necessità del test genetico proposto: _____

Dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dott./Dott.ssa _____
in modo comprensibile, esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio ed informativa scritta consegnatami, in merito all'analisi genetica sopra indicata, alle caratteristiche della stessa, alle implicazioni ed ai limiti.

Preso atto della situazione illustrata: confermo di aver compreso le informazioni ricevute chiedo ulteriori spiegazioni riguardo a: _____

Dichiaro di avere avuto risposte esaurienti ai quesiti e chiarimenti avanzati spontaneamente e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito.

Pertanto **ACCETTO** **RIFIUTO**, con scelta attuale e spontanea, l'atto sanitario propostomi

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/dei colloqui avuti con il/i medico/i e con l'informativa ricevuta.	
Firma dell'interessato: _____ <i>(nel caso di minore, firme dei genitori)</i>	Data: _____
Firma, timbro o matricola del medico: _____	U.O.: _____
Eventuale Interprete/Testimone (nome, cognome e firma): _____	

Inoltre, ai fini del trattamento dei dati personali, sensibili e genetici a fini di diagnosi, cura e terapia, dopo aver esaminato l'informativa, **dichiaro** che:

	CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ANALISI DI GENETICA MEDICA E TRATTAMENTO DI DATI GENETICI	AST_GEN_511_Ed02
		Approvazione: Direttore SC Genetica Medica
		Data di Emissione: 30.11.2022

- Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici presso la SC Genetica Medica sì no
 - Acconsento al trasferimento del campione biologico e al trattamento dei dati personali sensibili e genetici presso strutture esterne, anche al di fuori dell'Unione Europea sì no
 - Acconsento alla conservazione del materiale biologico e al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici ad esso associati, per finalità di diagnosi e cura presso la SC Genetica Medica sì no
 - Acconsento al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici associati al campione biologico per eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici, qualora in futuro la ASST Santi Paolo e Carlo disponga di nuovi mezzi di indagine sì no
 - Acconsento all'utilizzo del materiale biologico e dei referti da esso risultanti per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biologico ed epidemiologico sì no
- Infine, in merito ai risultati dell'analisi genetica proposta e accettata, **dichiaro** che:
- Desidero essere informato/a sui risultati ottenuti e sul loro significato sì no
 - Desidero essere informato/a anche su eventuali risultati secondari sì no
 - Autorizzo il medico dott. _____ ad essere informato sull'esito, mediante invio del referto all'indirizzo mail: _____
e codice per decifrarlo al cel: _____
 - 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
 - Rifiuto di ricevere le informazioni e indico una persona di mia fiducia incaricata di riceverle _____

La presente firma conferma le dichiarazioni da me sopra espresse sul trattamento dei dati genetici e sulla comunicazione dei risultati; confermo che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/dei colloqui avuti con il/i medico/i e con l'informativa ricevuta.

Firma dell'interessato: _____ **Data:** _____
(nel caso di minore, firme dei genitori)

Firma, timbro o matricola del medico: _____ **U.O.:** _____

Eventuale Interprete/Testimone (nome, cognome e firma): _____

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di **revocare** (**) il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'analisi

** In caso di revoca successiva del consenso:

Firma dell'interessato: _____ **Data:** _____
(o dei genitori o del legale rappresentante)

Firma, timbro o matricola del medico: _____ **U.O.:** _____

Osservazioni: _____