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 di tali consensi DEVE essere rilasciata al paziente)

Nome e Cognome del Paziente: _____

Luogo e data di Nascita: _____

Nazionalità: ☐ italiana ☐ altro: _____ lingua parlata, se non italiano: _____

Presenza di interprete: no ☐ sì ☐ (nome e cognome) _____

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

Nome e Cognome del Genitore 1
o Rappresentante legale/tutore: _____

Luogo e data di Nascita: _____

Nome e Cognome del Genitore 2: _____

Luogo e data di Nascita: _____

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

Pertanto sulla base delle informazioni ricevute

☐ **ACCETTO** ☐ **RIFIUTO,** con scelta attuale e spontanea, la prestazione propostami

In caso di analisi prescritta da **specialista di branca:**

☐ dichiaro di essere stato adeguatamente informato in merito agli aspetti biologi dell'analisi prescritta e pertanto **NON RICHIEDO** l'esecuzione della "consulenza genetica associata al test (cd. G9.01)"

☐ **RICHIEDO** l'esecuzione della "consulenza genetica associata al test (cd. G9.01)"

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:

- Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici presso la SC Genetica Medica dell'ASST Santi Paolo e Carlo	Sì	No
- Acconsento al trasferimento del campione biologico e al trattamento dei dati personali sensibili e genetici per finalità diagnostiche presso strutture esterne, anche al di fuori dell'Unione Europea	Sì	No
- Acconsento alla conservazione del materiale biologico per finalità di diagnosi e cura presso la SC Genetica Medica	Sì	No
- Acconsento all'esecuzione di eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici per finalità di diagnosi	Sì	No
- Acconsento all'utilizzo del materiale biologico e dei referti da esso risultanti in forma pseudonimizzata per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico	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

- In **caso di ANALISI DELL'ESOMA COMPLETO** desidero essere informato/a anche su eventuali risultati secondari. Sì No

- Autorizzo l'invio dell'esito criptato e codice per decifrarlo al medico richiedente Dott._____

al seguente indirizzo:_____

- Acconsento a rendere partecipi eventuali familiari a rischio dei risultati qualora, da me informati, ne facciano richiesta Sì No

☐ **RIFIUTO** di ricevere le informazioni in merito ai risultati ed indico una persona di mia fiducia incaricata di riceverle:

Nome e Cognome:_____, data di nascita _____

Documento d'identità: _____

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e/o dai rappresentanti legali/genitori e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/dei colloqui avuti con il/i medico/i e con l'informativa ricevuta.

In caso di analisi eseguita in TRIO/familiare le presenti firme hanno valenza per i consensi di tutti i familiari analizzati.

Firma dell'interessato: _____ Data: _____

(nel caso di minore, firme dei genitori): _____ _____

Firma, timbro o matricola del medico: _____ UO: _____

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 (o dei genitori o del legale rappresentante)

_____ Data: _____

Firma, timbro o matricola del medico: _____