

	CONSENSO INFORMATO	CODICE DOC. M0010
	Test genetici a fini diagnostici Clinica di Neurologia Pediatrica - Università degli Studi di Firenze <i>Direttore Prof. Renzo Guerrini</i> Laboratorio Diagnostica delle Malattie del Sistema Nervoso e del Metabolismo: Biologia Molecolare e Cellulare	

Le analisi genetiche comprendono esami eseguiti su DNA e RNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare alterazioni del patrimonio genetico predisponenti allo sviluppo di malattie. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerare strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale e nel rispetto della privacy (D.lgs 196/2003).

Il/La sottoscritto/a.....Nato/a ail.....
 in qualità di padre/madre/tutore di.....
 Nato/a a.....(Prov.) Il
 Residente in (Prov.)
 Vian°.....
 Tel:.....

DICHIARO di aver ricevuto dal dott. _____ una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia o sospetta malattia di cui io e/o mio/a figlio/a soffro/e o della alterazione genetica di cui potrei essere portatore e di aver compreso l'utilità e i limiti della analisi genetica propostami. Sono stato/a inoltre informato/a sui tempi di risposta e sulle modalità di ritiro/consegna del referto. Pertanto

ACCONSENTO

Al prelievo e alla conservazione del materiale biologico

- di se stesso
 di suo figlio

Per il seguente sospetto diagnostico:

.....

Per effettuare il/i seguente/seguenti test genetici/molecolari:

- Estrazione/conservazione DNA
 Analisi di un singolo gene associato a patologia
 Analisi di un pannello di geni associati a patologia

Le analisi genetiche sopraindicate potranno essere effettuate mediante sequenziamento classico (metodo Sanger) e/o sequenziamento massivo parallelo (Next Generation Sequencing, NGS) e/o MLPA e/o altri metodi di indagine qualora si rendano necessari.

DICHIARO inoltre di

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Volere | <input type="checkbox"/> NON volere | essere informato circa i risultati dell'analisi |
| <input type="checkbox"/> Accettare | <input type="checkbox"/> NON accettare | che i risultati dell'analisi siano utilizzati per eventuali analisi genetiche su altri membri a rischio della famiglia |
| <input type="checkbox"/> Accettare | <input type="checkbox"/> NON accettare | che i risultati dell'analisi vengano comunicati ad altri membri della famiglia ed al medico di riferimento |

	CONSENSO INFORMATO	CODICE DOC. M0010
	Test genetici a fini diagnostici Clinica di Neurologia Pediatrica - Università degli Studi di Firenze <i>Direttore Prof. Renzo Guerrini</i> Laboratorio Diagnostica delle Malattie del Sistema Nervoso e del Metabolismo: Biologia Molecolare e Cellulare	

DICHIARO inoltre specificatamente di

Volere NON volere che, qualora fossero necessarie ulteriori indagini diagnostiche genetiche (biochimiche e/o molecolari) e/o si rendessero disponibili in futuro ulteriori metodiche di analisi diagnostica, i campioni residui opportunamente conservati, vengano usati a tale scopo

Dopo il completamento delle analisi:

Acconsento NON acconsento che il campione (reso anonimo) venga utilizzato a scopo di ricerca e che gli eventuali risultati possano essere pubblicati su riviste scientifiche una volta resi anonimi

Dichiaro di essere a conoscenza di poter interrompere in ogni momento l'analisi diagnostica e non procedere con ulteriori approfondimenti genetici su me e/o mio/a figlio/a

Nome e Cognome Firma:

Nome e Cognome Firma:

Il sottoscritto dott.....ho informato il paziente/genitore/tutore legale riguardo le procedure e i limiti della/e analisi effettuate.

Cognome e Nome _____ Firma _____

Reparto/istituto _____ Telefono/Fax/email _____

Firenze: / /