



Timbre de la société

CONSETEMENT ÉCLAIRÉ DES PARENTS

Dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale en Toscane

Avec la présente déclaration, étant valable comme déclaration substitutive (articles 46 et 47 du décret présidentiel n° 445 du 18.12.2000), conscient *des responsabilités et des sanctions pour les attestations et les fausses déclarations prévues par l'article 76 du décret présidentiel n° 445 de 2000 et par le système pénal italien*

Je soussigné (mère/tuteur) _____ née le

___/___/___ résidant à _____ rue/place _____

Tel. _____ domicile (si différent de la résidence) _____

et

Je soussigné (père/tuteur) _____ né le

___/___/___ résident à _____ rue/place _____

Tel. _____ domicile (si différent de la résidence) _____

du nouveau-né _____ né le ___/___/___

Ou

Aux fins de l'application de l'art. 317 du Code civil, le soussigné exerce la responsabilité parentale exclusive pour cette procédure puisque l'autre parent ne peut pas signer le consentement parce qu'il est absent pour cause d'empêchement, de distance, d'incapacité (préciser).....

DECLARE/DECLARENT

- 1. avoir été correctement informé(e) sur le programme régional de dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale (SMA) et avoir lu et compris les informations spécifiques à cette maladie contenues dans la fiche d'information " Dépistage néonatal - Guide des parents " qui m'a été remise;



Timbre de la société

- 2. avoir eu l'occasion de poser au personnel médical des questions sur les aspects génétiques de la maladie et sur le type, le but et la méthode de réalisation du test de dépistage génétique et avoir reçu des réponses satisfaisantes;

Donc DECLARE/DECLARENT

de donner son consentement à la réalisation du test de dépistage génétique de l'amyotrophie spinale chez le nouveau-né selon le programme régional.

OUI

NON

Nom et prénom de la mère ou du tuteur légal

Date Signature.....

Nom et prénom du père ou du tuteur légal.....

DateSignature.....

Le médecin qui a fourni les informations et recueilli la déclaration

Nom et prénom.....

Structure organisationnelle de Hôpital de.....

Date Heure

Signature

Le médiateur culturel (s'il est impliqué)

Nom et prénom (en majuscules).....

DateSignature.....