

	<b>CONSENSO INFORMATO</b>	CODICE DOC. M0008
	Test genetici a fini diagnostici Laboratorio di Neurogenetica	

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 a .....il.....  
 in qualità di padre/madre/tutore di.....  
 Nato/a a.....(Prov. ....) Il .....  
 Residente in ..... (Prov. ....)  
 Via .....n°.....  
 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/seguiti 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             |

	<b>CONSENSO INFORMATO</b>	CODICE DOC. M0008
	Test genetici a fini diagnostici Laboratorio di Neurogenetica	

**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:**

Accenso       NON accenso      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: ..... / ..... / .....