

	Consenso Informato	M0009
	Conservazione materiale biologico proveniente da biopsie, sangue e altri liquidi biologici	

Clinica di Neurologia Pediatrica - Università degli Studi di Firenze

Direttore: Prof. Renzo Guerrini

Laboratorio di Diagnostica delle Malattie del Sistema Nervoso e del Metabolismo:

- Biologia Molecolare e Cellulare** (Responsabile: Dr.ssa Amelia Morrone)
- Neurogenetica** (Responsabile: Dr.ssa Elena Parrini)
- Screening Neonatale, Biochimica e Farmacologia** (Responsabile: Dr. Giancarlo la Marca)

Viale Pieraccini n. 24, 50139 Firenze Tel. +39 055 5662541/2543/2844-Fax +39 055 5662849

Il materiale biotico proveniente da biopsia cutanea, muscolare o più raramente da altri tessuti può essere sottoposto ad esame istologico o ad analisi più complesse, quali immunoistochimica, immunofluorescenza diretta e microscopia elettronica, utili per la diagnosi di numerose malattie genetiche. Esso può essere anche utilizzato per allestire una coltura cellulare: il frammento biotico (ad es. cute), prelevato sterilmente, viene coltivato in terreni di coltura appropriati e le cellule che ne derivano (ad es. fibroblasti) possono essere utilizzate per diverse indagini biochimiche e genetico-molecolari.

Dal prelievo di sangue si possono isolare i linfociti che possono anch'essi essere coltivati in vitro con appropriati terreni di coltura al fine di ottenere linee linfocitarie o linfoblastiche che possono essere utilizzate per test biochimici e genetico-molecolari.

Sia le linee cellulari derivate da biopsia che quelle da sangue possono essere congelate in azoto liquido (-170°C) ed essere quindi conservate per anni.

In alcuni casi può essere utile a scopo diagnostico conservare anche liquidi biologici quali ad esempio sangue, urine, liquor, umor vitreo, bile ecc., sui quali si possono effettuare mirati esami biochimici/genetico molecolari.

Tutti i dati raccolti in questo modulo e i risultati ottenuti dalle analisi di laboratorio così come ogni altro atto medico sono da considerare strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale e nel rispetto della privacy ["dati sensibili", D. Lgs 196/2003: art.4 comma 1 lett. d) e art. 26].

Il/La sottoscritto/a.....Nato/a ail

in qualità di assistito padre madre tutore di

Nato/a a (Prov.) Il

Residente in (Prov.)

Via n°

Tel.

DICHIARO

di aver ricevuto 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 del prelievo e della conservazione dei materiali biologici.

Pertanto
ACCONSENTO

Alla conservazione del seguente materiale biologico:

- biopsia cutanea biopsia muscolare fibroblasti linfociti/linfoblasti
- altro (specificare:))

di se stesso e/o di suo/a figlio/a _____
per eventuali studi istochimici/biochimici/genetico-molecolari:

.....

DICHIARA inoltre di

- Volere NON volere essere informato circa i risultati dell'analisi
- Accettare NON accettare che i risultati dell'analisi siano utilizzati per eventuali analisi genetiche su altri membri a rischio della famiglia



Consenso Informato

Conservazione materiale biologico proveniente da biopsie, sangue e altri liquidi biologici

M0009

Volere NON volere che il materiale biologico conservato possa essere utilizzato anche in futuro, qualora fossero necessarie ulteriori indagini diagnostiche e/o si rendessero disponibili nuove metodiche di analisi.

Acconsentire NON acconsentire che il campione possa essere conservato anche presso altre biobanche

Acconsentire NON acconsentire che il campione conservato anche presso altre biobanche possa essere rintracciato e usato in caso di richiesta da parte del paziente o di chi esercita la potestà sul minore o del suo tutore

Acconsentire NON acconsentire che il campione conservato anche presso altre biobanche possa essere rintracciato e usato in caso di richiesta da parte di membri a rischio della famiglia del paziente

Dopo il completamento delle analisi:

Acconsentire NON acconsentire che il materiale biologico conservato (reso anonimo) venga utilizzato a **scopo di ricerca**.

Il sottoscritto/a SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

DATA _____

FIRMA _____

Il medico che ha raccolto il consenso informato:

Cognome e Nome _____

Reparto _____

Istituto _____

Indirizzo _____

Telefono/Fax/email _____

Data _____

Timbro e Firma

	Consenso Informato	M0009
	Conservazione materiale biologico proveniente da biopsie, sangue e altri liquidi biologici	

SEZIONE RISERVATA AL MEDICO

TABELLA NOTIZIE CLINICHE DELL'ASSISTITO

SOSPETTO CLINICO _____

DATI ANAMNESTICI

Gravidanza _____

Patologia perinatale _____

Ritardo sviluppo psicomotorio NO SI Regressione psicomotoria NO SI

Età d'esordio _____

Sintomatologia all'esordio _____

Altro _____

VALUTAZIONE CLINICA

Bassa statura Dismorfismo Malformazioni cerebrali (*specificare) , Epilessia (**specificare)

Macrosomia Microsomia Lineamenti grossolani Macrocefalia Microcefalia

Insuff. Respiratoria Anomalie cutanee Anomalie capelli

Sordità Sintomi acuti (specificare) _____

Sintomi intermittenti (specificare) _____

Altro _____

*Tipo di malformazione cerebrale _____

**Tipo di epilessia _____

ANOMALIE GASTROINTESTINALI

Ritardo di crescita Rifiuto del cibo Diarrea Epatomegalia Splenomegalia

Ittero Ascite Vomito Altro _____



Consenso Informato

Conservazione materiale biologico proveniente da
biopsie, sangue e altri liquidi biologici

M0009

ANOMALIE OCULARI

Cataratta Degenerazione retinica Strabismo Nistagmo Cecità
Atrofia Ottica Cherry red spot Oftalmoplegia Opacità corneale
Altro _____

ANOMALIE NEUROLOGICHE

Atassia Ritardo mentale Crisi epilettiche Psicosi Ipotonia Ipertonia
Mioclonie Letargia Discinesie Neuropatia periferica Segni extrapiramidali
Altro _____

ANOMALIE CARDIACHE

Cardiomiopatia ipertrofica Cardiomiopatia dilatativa Altro _____

ANOMALIE OSSEE (specificare) _____

ANOMALIE NEFROLOGICHE (specificare) _____

ANOMALIE EMATOLOGICHE (specificare) _____

ANOMALIE DI LABORATORIO (specificare) _____



Consenso Informato

Conservazione materiale biologico proveniente da
biopsie, sangue e altri liquidi biologici

M0009

ESAMI NEURORADIOLOGICI

CT SCAN _____

MRI _____

MRS _____

fMRI _____

Altro _____

ESAMI NEUROFISIOLOGICI (specificare) _____
