



LABORATORIO DI GENETICA MEDICA

SOS MALATTIE RARE – Responsabile Dr.ssa Anna Ficcadenti

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI INDAGINI GENETICHE SU CELLULE DI LIQUIDO AMNIOTICO

Il/La sottoscritto/a:.....
Nato/a a: il :
Residente in:..... Prov.....
Via.....n°.....Tel.....

DICHIARA:

di aver ricevuto una dettagliata informazione scritta, mediante l'informativa per le indagini su liquido amniotico consegnatami, e durante colloquio pre test in cui ho posto tutte le domande che ho ritenute opportune.

Pertanto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

In caso di analisi citogenetica:

[] ACCETTO [] NON ACCETTO l'esecuzione dell'analisi citogenetica su cellule di liquido amniotico e che, in conseguenza dei risultati ottenuti, possano essere condotte ulteriori analisi necessarie a precisare quanto osservato

[] ACCETTO [] NON ACCETTO di essere contattato in futuro dal personale sanitario del Laboratorio di Genetica medica per conoscere l'esito della gravidanza

In caso di analisi genetica per la patologia sottoindicata:

[] ACCETTO [] NON ACCETTO l'esecuzione (o l'invio ad altro Laboratorio) dell'esame genetico su DNA estratto da cellule di liquido amniotico per

Inoltre indico di:

[] VOLERE [] NON VOLERE che il materiale biologico prelevato, dopo la conclusione dell'esame, su richiesta dello specialista, possa essere conservato per eventuali futuri approfondimenti diagnostici

[] VOLERE [] NON VOLERE che il materiale biologico prelevato, dopo la conclusione dell'esame possa essere utilizzato per studi e ricerche

[] VOLERE [] NON VOLERE rendere partecipe i familiari dei risultati dell'indagine

di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento

Il trattamento dei dati personali è conforme alle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali e nel Provvedimento dell'Autorità Garante del 04 gennaio 2013 Autorizzazione al trattamento dei dati genetici

Data _____ Firma _____

Firma di chi ha raccolto e illustrato il consenso _____

Io sottoscritto/ain data
dichiaro di voler REVOCARE il consenso. Firma.....