



Azienda Ospedaliera

**Ospedale Niguarda Ca' Granda**

Dipartimento di Diagnostica / Prestazioni Intermedie

Struttura Complessa di LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE PATOLOGIA CLINICA

Sistema Qualità ISO9002:94 – Certificato N° 73376 da BVQI

Responsabile: Dr. Alessandro Marocchi

Settore Gnetica Medica

### CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE

Le analisi genetiche comprendono esami eseguiti sul DNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare alterazioni nel patrimonio genetico predisponenti allo sviluppo di malattie.

Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a: \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Residente in: \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), CAP: \_\_\_\_\_  
Via: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_, Tel: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DICHIARO di aver ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia di cui soffro o che ricorre nella mia famiglia e di aver compreso l'utilità ed i limiti della analisi genetica propostami; ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenute opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti. Pertanto ACCONSENTO al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione dei test genetici di laboratorio relativi alla malattia :

DICHIARO inoltre di:

volere	NON volere	essere informato circa i risultati delle analisi
volere	NON volere	rendere partecipi i miei familiari circa i risultati delle analisi (restrizioni/commenti: _____)
volere	NON volere	rendere partecipe dei risultati delle analisi il mio medico di famiglia, Dott. _____

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

DICHIARO inoltre specificamente di:

volere	NON volere	essere informato di eventuali nuove possibilità diagnostiche derivanti dai suddetti studi e da ricerche future.
volere	NON volere	che il risultato del test venga registrato nei registri nazionali delle patologie associate.
consentire	NON consentire	che il mio campione biologico venga conservato con garanzia dell'anonimato presso il laboratorio che esegue le analisi genetiche.

Mi impegno infine, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Firma del Medico che ha raccolto il Consenso: \_\_\_\_\_