



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 Genetica Medica

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE IN MINORI

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 _____ congiuntamente a: _____

Padre del minore: _____

Nato/a: _____ (Prov. _____), il: ____/____/____

Residente in: _____ (Prov. _____), CAP: _____

Via: _____ n.: _____, Tel: ____/____

DICHIARO di aver ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia del minore o che ricorre nella sua famiglia e di aver compreso l'utilità ed i limiti della analisi genetica proposta per il minore; ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenute opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti. Pertanto **ACCONSENTO** al prelievo al minore di materiale biologico per l'esecuzione del test di biologia molecolare relativo alla malattia :

DICHIARO inoltre di:

volere	NON volere	essere informato circa i risultati delle analisi
volere	NON volere	rendere partecipi i familiari del minore circa i risultati delle analisi (restrizioni/commenti: _____)
volere	NON volere	rendere partecipe dei risultati delle analisi il 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 campione biologico del minore 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: _____