



CONSENSO INFORMATO

TEST DI PATERNITÀ PRENATALE NON INVASIVO

MEDICO / CENTRO INVIANTE

MADRE

Nome:

Cognome:

Data di nascita:
GG / MM / AAAA / /

Codice Fiscale:

Via:

Città:

CAP:

Telefono:

Email:

Firmando questo modulo, dichiaro di aver letto e compreso il consenso informato. Dichiaro di aver avuto l'opportunità di porre al mio medico le domande relative al test, ricevendo risposte soddisfacenti. Sono altresì a conoscenza della possibilità di visitare il sito web www.istitutovarelli.it per ottenere maggiori informazioni relative agli ultimi aggiornamenti normativi e alle informazioni tecniche o mediche inerenti il test. Sono consapevole che le informazioni contenute sul sito web non sostituiscono una consulenza medica, una diagnosi o un trattamento.

Dichiaro inoltre di aver ricevuto tutte le informazioni previste ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e, ai sensi dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 presto il mio consenso al trattamento dei dati personali per l'espletamento del servizio richiesto.

Data ____/____/____

Firma _____

GRAVIDANZA

Tipologia di Gravidanza:

Singola Gemellare

Data Ultima Mestruazione

GG MM AAAA
 / /

Epoca Gestazionale al momento del prelievo di sangue:

SS+G
 +

Data Raccolta Campione

GG MM AAAA
 / /

Gravidanza ottenuta tramite Fecondazione IN VITRO?

Si No

Interruzione di gravidanza (entro 12 mesi)

No
 Aborto spontaneo

Data

GG MM AAAA
 / /

Precedente gravidanza a termine (entro 12 mesi)

No
 Sì, specificare Maschio Femmina

Etnia

Caucasica
 Ispanica
 Asiatica
 Altro:

Data di Nascita

GG MM AAAA
 / /



PADRE

Nome:

Cognome:

Data di nascita:
GG / MM / AAAA / /

Codice Fiscale:

Via:

Città: CAP:

Telefono:

Email:

Data Raccolta Campione

GG MM AAAA
 / /

Tipologia di Campione

Sangue Saliva

Etnia

- Caucasica
 Ispanica
 Asiatica
 Altro:

Firmando questo modulo, dichiaro di aver letto e compreso il consenso informato. Dichiaro di aver avuto l'opportunità di porre al mio medico le domande relative al test, ricevendo risposte soddisfacenti. Sono altresì a conoscenza della possibilità di visitare il sito web www.istitutovarelli.it per ottenere maggior informazioni relative agli ultimi aggiornamenti normativi e alle informazioni tecniche o mediche inerenti il test. Sono consapevole che le informazioni contenute sul sito web non sostituiscono una consulenza medica, una diagnosi o un trattamento.

Dichiaro inoltre di aver ricevuto tutte le informazioni previste ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e, ai sensi dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 presto il mio consenso al trattamento dei dati personali per l'espletamento del servizio richiesto.

Data ____/____/____

Firma _____

MEDICO

Nome:

Cognome:

Telefono:

Email:

Confermo di aver informato la paziente sui dettagli del test, sulle sue capacità ed i suoi limiti e che ha dato il suo consenso all'esecuzione dell'esame.

Data ____/____/____

Firma _____



INFORMATIVA AL PAZIENTE

- Il risultato di questo test del DNA è influenzato dal periodo gestazionale, dal metodo di conservazione del campione, dal processo e dal trasporto.
- Il risultato può essere influenzato da mutazioni del DNA individuali e dalla contaminazione durante la raccolta del campione.
- I Campioni saranno consegnati all'Istituto Diagnostico Varelli Srl o ad un subappaltatore estero temporaneo regolarmente accreditati che garantisca lo stesso test e lo stesso livello di qualità.
- A causa della limitazione delle tecniche attuali, il risultato del test potrebbe essere un falso positivo, falso negativo o inconcludente.
- Il referto sarà disponibile in circa 14 giorni lavorativi dalla data di ricezione del campione in laboratorio.
- L'analisi potrà essere svolta a partire dalla settima settimana gestazionale.
- Le seguenti condizioni di salute non sono appropriate per l'esecuzione del test: gravidanza con 3 o più feti, la gestante soffre da patologie tumorali oppure ha eseguito trasfusioni di sangue, midollo osseo, trapianto di organi, terapia con cellule staminali.
- Esiste la possibilità che l'analisi sul campione venga estesa rispetto i 14 gg lavorativi standard oppure che venga chiesto di ripetere la raccolta dei campioni.

ACCETTAZIONE / CONSENSO:

SI NO

Desidero essere informato/a sui risultati del test.

SI NO

Il mio medico ha stabilito che sono un/a candidato/a idoneo/a per questo test e che sarà lui/lei a ricevere i risultati di questo test e a effettuare un'appropriate valutazione medica dei risultati e/o a raccomandare ulteriori indagini.

SI NO

Voglio che il materiale biologico venga conservato oltre l'emissione del referto e utilizzato per scopi di ricerca.

SI NO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in base all'art.13 del D.Lgs 196/2003, al REG. UE 679/2016 e all'art. 13 GDPR 679/16.

SI NO

Mi impegno a comunicare un eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Data

____/____/____

Nome e Cognome
in stampatello

Firma _____