



CONSENSO INFORMATO

INFERTILITÀ

MEDICO / CENTRO INVIANTE

PAZIENTE

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 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

I test genetici sono esami eseguiti sul DNA umano, finalizzati al rilevamento di alterazioni nel patrimonio genetico che possono predisporre allo sviluppo di patologie o causare reazioni avverse ad alcune terapie farmacologiche. Tutti i risultati ottenuti dalle indagini genetiche sono strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.



INDICAZIONI

Indicazioni / Diagnosi sospetta:

Principali sintomi clinici:

Diagnostica genetica preliminare:

Trapianti (midollo osseo, tessuti, cellule staminali) No Si (specificare)

Includere una copia di tutti gli esami esistenti del paziente.

GENEALOGIA

Consanguineità: Si No Origine etnica:

- Indice Paziente
- Non affetto
- Affetto
- Vettore conosciuto
- Deceduto
- Genitori non imparentati
- Genitori consanguinei
- Bambino non nato
- Aborto
- Persona di sesso sconosciuto
- Gemelli monozigoti
- Gemelli dizigoti

STORIA MEDICA FAMILIARE

Ci sono altri membri della famiglia che attualmente hanno o hanno avuto la stessa o una malattia simile del paziente?

Si No

In caso affermativo, elenca i membri della famiglia interessati:

Nome (non richiesto)	Rapporto con il paziente (ad es. madre)	Età di esordio	Diagnosi sintomi



TEST

SCEGLIERE UN OPZIONE

Infertilità femminile

- Insufficienza ovarica primaria (13 geni, FER01)**
CFTR, CPEB1, EIF2B1, EIF2B2, EIF2B4, EIF2B5, EIF4ENIF1, LHX8, NANOS3, SMC1B, SPIDR, TUBB8, WEE2
- Insufficienza ovarica prematura (14 geni, FER02)**
BMP15, CLPP, CPEB1, ESR1, ESR2, FIGLA, FOXL2, HFM1, INHA, LARS2, NOBOX, NR5A1, SOHLH1, STAG3
- Disgenesia ovarica (12 geni, FER03)**
AR, BMP15, CFTR, FSHR, HARS2, HSD17B4, MCM9, MRPS22, NR5A1, NUP107, PSMC3IP, SOHLH1
- Poliabortività (17 geni, FER04)**
F2, F5, MTHFR, NLRP2, NLRP5, PADI6, PATL2, PROC, PROS1, SERPINC1, SERPINE1, SYCE3, SYCP3, TACR3, THBD, TUBB8, WEE2

Infertilità maschile

- Azoospermia (26 geni, FER06)**
AZF, AMH, AMHR2, ANOS1, BNC2, CFTR, CYP11B1, DMRT1, FGFR1, GNRHR, HSD3B2, INSL3, KISS1R, MAMLD1, PROKR2, RSP01, SEMA3A, SOX2, SOX3, SOX8, SOX9, SRD5A2, TACR3, TEX11, TRIM37, USP26, WDR11
- Oligozoospermia (25 geni, FER07)**
AZF, AMH, AMHR2, ANOS1, AR, CCDC39, CFTR, CYP17A1, DPY19L2, FGFR1, FSHB, FSHR, INSL3, KLHL10, NROB1, NR5A1, PROK2, PROKR2, SOX10, SOX3, SOX8, SRD5A2, SUN5, TEX11, USP26, WDR11
- Teratozoospermia oligoastenica (5 geni, FER08)**
DNAH5, FSIP2, LRRC6, TRIM37, WDR66
- Morfologia irregolare spermatozoi (6 geni, FER09)**
AURKC, CFAP43, CFAP44, DNAH1, DPY19L2, QRICH2

Infertilità indipendente dal sesso

- Disormogenesi tiroidea e ipotiroidismo congenito (27 geni, FER05)**
CASR, DUOX1, DUOX2, DUOX2, FOXE1, GCM2, GLIS3, GNAS, IGSF1, IRS4, IYD, NKX2-1, NKX2-5, PAX8, SECISBP2, SLC26A4, SLC5A5, TBL1X, TG, THRA, THRB, TPO, TRH, TRHR, TSHB, TSHR, TTF1
- Ipogonadismo ipogonadotropico con o senza anosmia (26 geni, FER10)**
ANOS1, AXL, FEZF1, FGF17, FGF8, FGFR1, FLRT3, FSHB, GNRH1, GNRHR, HESX1, HS6ST1, IL17RD, KISS1R, LHB, NSMF, PROK2, PROKR2, SEMA3A, SOX10, SOX2, SOX3, SRA1, TAC3, TACR3, WDR11
- Deficienza ormone ipofisario (14 geni, FER11)**
BMP4, FGF8, FSHR, GHR, GHRHR, HESX1, LHX3, LHX4, NROB1, OTX2, PDE3A, PLCZ1, POU1F1, PROP1



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'appropriata valutazione medica dei risultati e/o a raccomandare ulteriori indagini.

SI NO

Desidero che i risultati dell'analisi genetica siano utilizzati per eventuali analisi genetiche su altri membri a rischio della mia famiglia.

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
