



CONSENSO INFORMATO

INDAGINI GENETICHE

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.

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto dettagliate informazioni sull'analisi genetica che mi accingo ad eseguire, di aver compreso e valutato tutti gli aspetti dell'esame, di aver compreso l'utilità e le finalità dell'analisi genetica ed i suoi eventuali limiti. Ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti.

Pertanto, acconsento l'Istituto Diagnostico Varelli Srl all'esecuzione della/e seguente/i analisi:

.....
.....

TIPOLOGIA DI CAMPIONE:

SANGUE SALIVA TAMPONE BUCCALE TAMPONE VAGINALE TESSUTO ALTRO: _____



INDICAZIONE AL TEST:

.....
.....

Si ricorda di allegare eventuali precedenti referti.

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 _____