



DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

SOD CLINICA PEDIATRICA – Direttore: Prof. Orazio Gabrielli



LABORATORIO DI GENETICA MEDICA

SOS MALATTIE RARE – Responsabile Dr.ssa Anna Ficcadenti

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI INDAGINI GENETICHE SU VILLO CORIALE

Il/La sottoscritto/a:.....
Nato/a a: il :
Residente in:.....Prov.....
Via.....n°.....Tel.....

DICHIARA:

di aver ricevuto una dettagliata informazione scritta, mediante l'informativa per le indagini su villo coriale consegnatami, e durante colloquio pre test in cui ho posto tutte le domande che ho ritenute opportune.

Pertanto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

In caso di analisi citogenetica:

ACCETTO NON ACCETTO l'esecuzione dell'analisi citogenetica su villo coriale e che in conseguenza dei risultati ottenuti, possano essere condotte ulteriori analisi necessarie a precisare quanto osservato

ACCETTO NON ACCETTO di essere contattato in futuro dal personale sanitario del Laboratorio di Genetica medica per conoscere l'esito della gravidanza

In caso di analisi genetica per la patologia sottoindicata:

ACCETTO NON ACCETTO l'esecuzione (o l'invio ad altro Laboratorio) dell'esame genetico su DNA estratto da villo coriale per

Inoltre indico di:

VOLERE NON VOLERE che il materiale biologico prelevato, dopo la conclusione dell'esame, su richiesta dello specialista, possa essere conservato per eventuali futuri approfondimenti diagnostici

VOLERE NON VOLERE che il materiale biologico prelevato, dopo la conclusione dell'esame possa essere utilizzato per studi e ricerche

VOLERE NON VOLERE rendere partecipe i familiari dei risultati dell'indagine

di essere a conoscenza della possibilità di **REVOcare** il presente consenso in qualsiasi momento.

Il trattamento dei dati personali è conforme alle disposizioni contenute nel **Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali** e nel **Provvedimento dell'Autorità Garante del 04 Gennaio 2013 Autorizzazione al trattamento dei dati genetici.**

Data _____ Firma _____

Firma di chi ha raccolto e illustrato il consenso _____

**Io sottoscritto/ain data
dichiaro di voler **REVOcare** il consenso. Firma.....**