

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST GENETICI

I test genetici comprendono 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.

Nome e cognome del paziente _____

Data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Residente in _____ (Prov _____) CAP: _____

Via: _____ n. _____ Tel: _____

Codice Fiscale: _____

DICHIARO di aver ricevuto una dettagliata informazione sulle indagini genetiche che verranno eseguite in seguito al mio prelievo di DNA e di aver compreso l'utilità ed i limiti dell'analisi genetica propostami. Pertanto ACCONSENTO al prelievo e alla conservazione del materiale biologico per l'esecuzione di:

DICHIARO inoltre di:

Volere Non volere che il DNA estratto dal campione biologico venga usato, con garanzia della massima riservatezza, per studi scientifici

Volere Non volere essere informato di eventuali nuovi risultati o possibilità diagnostiche derivanti dai suddetti studi o ricerche

Data: _____ Firma: _____

Mi impegno, infine, a comunicare un eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato. Sono al corrente del fatto che tutti i miei dati, inclusi i risultati dei test genetici, verranno conservati in archivi, sia cartacei che informatici, ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali (D.Lgs.n. 196/2003).

Data: _____ Firma: _____