



Modulo di Unità Operativa	<b>MU/BR/GB 301555</b> <b>241</b> Rev. 2 del 08/11/2017 Pagina 1 di 3
DAI Patologia e Diagnostica --- <b>UOC Laboratorio Analisi</b>	
<b>Modulo per l'acquisizione del consenso informato all'esecuzione dei test genetici e alla conservazione del materiale biologico per l'Ambulatorio dedicato delle Malattie del Ferro</b>	

**Gruppo Interdisciplinare delle Malattie del Ferro (GIMFer)**  
(Centro di Riferimento Regionale della Rete delle Malattie Rare)

**ANALISI GENETICHE**

**Test molecolare per:**

- gene  $\alpha$  globina (Talassemie/Emoglobinopatie)       gene  $\beta$  globina (Talassemie/Emoglobinopatie)  
 gene HFE (Emocromatosi Ereditaria)       altro \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_, (\_\_\_)  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, (\_\_\_),  
Via/Piazza \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_,

avendo ricevuto un'informazione chiara e dettagliata in merito alle modalità e ai tempi di esecuzione e di comunicazione del risultato, dell'analisi genetica sopra specificata, nonché alle specifiche finalità perseguite e ai risultati conseguibili, comprese eventuali notizie inattese per effetto del trattamento dei dati e l'utilizzo dei campioni, in piena libertà e coscienza,

per sé

oppure  
in nome e per conto di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_, (\_\_\_) il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, (\_\_\_), Via/Piazza  
\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, sentita e considerata,  
nei limiti del possibile, la sua opinione, in qualità di

- genitore       tutore o amm. di sostegno       altro soggetto *ex art.* 82, Codice Privacy<sup>1</sup>,

**DICHIARA**

1) di dare il consenso al trattamento dei dati genetici e all'utilizzazione dei campioni biologici per finalità di tutela della salute

- Sì       No

2) di dare il consenso al trattamento dei dati genetici e all'utilizzazione dei campioni biologici, compresa la comunicazione degli esiti di test e screening genetici, ove richiesta, per finalità di tutela della salute di terzi appartenenti alla propria linea genetica, o per consentire loro scelte riproduttive consapevoli<sup>2</sup>

<sup>1</sup> prossimo congiunto, familiare, convivente o, in loro assenza, responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato; l'ipotesi ricorre quando, in assenza dei genitori o di tutore, il trattamento è necessario per la salvaguardia della vita e dell'incolumità fisica dell'interessato, e quest'ultimo non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, incapacità d'agire o incapacità di intendere o di volere.

<sup>2</sup> Il campo 2 va compilato dal solo interessato capace; nel caso in cui il consenso dell'interessato non sia prestato o non possa essere prestato per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità d'intendere o di volere, il trattamento può essere effettuato limitatamente a dati genetici disponibili qualora sia indispensabile per consentire al terzo di compiere una scelta riproduttiva consapevole o sia giustificato dalla necessità, per il terzo, di interventi di natura preventiva o terapeutica.



Sì  No

- 3) di dare il consenso alla conservazione dei campioni biologici e al trattamento dei dati genetici a essi associati anche per eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici, qualora in futuro l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona disponesse di nuove conoscenze scientifiche e/o di nuovi strumenti di indagine

Sì  No

- 4) di dare il consenso, in caso di trattamenti effettuati mediante test genetici, compreso lo screening, a conoscere i risultati dell'esame

Sì  No

- 5) di dare il consenso, in caso di trattamenti effettuati mediante test genetici, compreso lo screening, a conoscere anche eventuali notizie inattese, qualora rappresentino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia o di prevenzione, o di consapevolezza delle scelte riproduttive

Sì  No

Il/La sottoscritto/a è consapevole che i consensi resi sono liberamente revocabili in ogni momento, rivolgendosi all'Unità Operativa che ha eseguito l'analisi.

Verona, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile del dichiarante

**Dichiarazione del medico che ha reso l'informativa e raccolto il consenso**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, in servizio presso l'UOC di \_\_\_\_\_, dichiara, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa ha compreso quanto sopra esposto, rendendo un consenso libero e consapevole.

Firma leggibile \_\_\_\_\_

