



Modulo di Unità Operativa	MU/BR/GB 301555 241 Rev. 2 del 08/11/2017 Pagina 1 di 3
DAI Patologia e Diagnostica --- UOC Laboratorio Analisi	
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	

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

ANALISI GENETICHE

Test molecolare per:

- gene α globina (Talassemie/Emoglobinopatie) gene β 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 Privacy¹,

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 consapevoli²

¹ 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.

² 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 _____

