



CONSENSO INFORMATO

## INDAGINE 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](http://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

\_\_\_\_\_