

|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                |                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|
| Sistema Socio Sanitario<br><br><b>Regione Lombardia</b><br><b>ASST Monza</b><br><b>Citogenetica e Genetica Medica</b> | <b>Consenso Informato</b><br><br><b>ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE, UTILIZZO E CONSERVAZIONE DEI CAMPIONI BIOLOGICI</b><br><b>TRATTAMENTO DEI DATI (ADULTO)</b><br>ai sensi del GDPR 679/2016 e D.Lgs101/2018 | Rev. 0<br>10.12.2018 | Pag.1 di 2 |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                | GEN-CI-001A          |            |

*(da riservare a test genetici diagnostici, di identificazione dei portatori sani per malattie trasmissibili, preclinici o presintomatici, di suscettibilità, di variabilità individuale, di farmacogenetica)*

Le analisi genetiche comprendono esami sul DNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare alterazioni nel patrimonio genetico correlate allo sviluppo di malattie, alla loro evoluzione ed alla risposta alle terapie. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali.

Io sottoscritto/a                      Cognome \_\_\_\_\_                      Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita                      \_\_\_\_\_

Residenza                      \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici                      \_\_\_\_\_

#### DICHIARO

di aver ricevuto dal Dott.: \_\_\_\_\_ informazioni comprensibili ed esaurienti sugli scopi ed i limiti dell'indagine genetica che mi viene proposta (**codice informativa** \_\_\_\_\_), sull'uso del campione e dei dati sensibili, e consapevole di ciò che comporta il mancato consenso alle opzioni sottoelencate e di poter revocare il mio consenso in qualsiasi momento:

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

All'esecuzione della/e analisi \_\_\_\_\_

che verrà/verranno eseguite presso: \_\_\_\_\_

| Inoltre ACCONSENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| all'utilizzo dei miei campioni biologici, anche presso laboratori esterni                                                                                                                                                                                                                                                                           | si | no |
| al trattamento e conservazione dei miei dati personali, sensibili e genetici con garanzia di riservatezza                                                                                                                                                                                                                                           | si | no |
| alla eventuale conservazione del materiale biologico presso .....<br>per l'esecuzione di possibili ulteriori approfondimenti relativi alla patologia per cui è richiesta l'analisi                                                                                                                                                                  | si | no |
| che vengano raccolte informazioni, dati clinici ed eventuali campioni cito istologici (e relativa diagnosi) da altre istituzioni, riguardanti la mia storia clinica e limitatamente alla malattia in oggetto                                                                                                                                        | si | no |
| per tutti i suddetti punti, all'utilizzo dei materiali biologici in eccedenza e dei referti risultanti, resi anonimi, per <b>studi e ricerche</b> finalizzati alla tutela della collettività (in campo medico, biomedico ed epidemiologico, inclusi i programmi per la verifica della qualità delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche) | si | no |

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
|  <p>Sistema Socio Sanitario<br/>Regione Lombardia<br/>ASST Monza<br/>Citogenetica e Genetica Medica</p> | <p align="center"><b>Consenso Informato</b></p> <p align="center"><b>ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE, UTILIZZO E CONSERVAZIONE DEI CAMPIONI BIOLOGICI</b></p> <p align="center"><b>TRATTAMENTO DEI DATI (ADULTO)</b></p> <p align="center">ai sensi del GDPR 679/2016 e D.Lgs101/2018</p> | <p>Rev. 0<br/>10.12.2018</p>      | <p>Pag.2 di 2</p> |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p align="center">GEN-CI-001A</p> |                   |

| E conseguentemente, limitatamente ai test a scopo diagnostico, DICHIARO DI:                                                                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| volere conoscere i risultati delle analisi genetiche                                                                                                                                               | <div>si</div> <div>no</div> |
| volere conoscere eventuali informazioni inattese di rilievo per la mia salute in termini riproduttivi, preventivi, o terapeutici                                                                   | <div>si</div> <div>no</div> |
| acconsentire a rilasciare le informazioni relative al risultato del test genetico ai miei familiari che ne facciano richiesta, qualora questo rappresenti per loro un beneficio per la loro salute | <div>si</div> <div>no</div> |
| autorizzare il Dr .....ad essere informato dei risultati                                                                                                                                           | <div>si</div> <div>no</div> |

Firma dell'interessato/a .....

Data.....

**Dati del Genetista o Medico Specialista di branca che ha raccolto il consenso**

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Cognome _____                      | Nome _____ |
| Struttura /Servizio _____          | Tel. _____ |
| Firma e timbro (o matricola) _____ |            |

**Eventuale revoca del consenso:**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 REVOCO il consenso sopra riportato  
 Firma \_\_\_\_\_

Informativa e consenso sono stati fotocopiati e consegnati all'assistito/a