

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico POLICLINICO DI SANT'ORSOLA Dipartimento Ospedale della Donna e del Bambino UOC Genetica Medica Direttore ff Prof.ssa Daniela Turchetti	CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI INDAGINI GENETICHE E ALL'UTILIZZO DEI DATI GENETICI E DEI CAMPIONI BIOLOGICI	RS01A Rev. 5 Pag. 1/2 Data di applicazione: 01/07/2022
---	---	--

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Io sottoscritta (madre/tutore) _____

Nata il _____ a _____ Telefono _____

Io sottoscritto (padre/tutore) _____

Nato il _____ a _____ Telefono _____

DICHIARO/IAMO

di essere stato/i informato/i, a voce e per iscritto, e di aver compreso, scopi, procedure, limiti e vantaggi delle seguenti indagini genetiche:

Pertanto, al fine di consentire l'esecuzione delle indagini genetiche su indicate:

Acconsento/iamo SI ☐ NO ☐ all'esecuzione di un prelievo di sangue e/o di altro materiale biologico

a me medesimo ☐ al figlio o tutelato/affidato ☐

Cognome/Nome (minore/tutelato/affidato) _____

Data/Luogo di nascita _____

Conservazione:

Autorizzo/iamo la conservazione del materiale biologico in forma codificata per un minimo di 6 mesi e un massimo di 15 anni

SI ☐ NO ☐

Allo scopo di consentire la VALUTAZIONE dell'analisi genetica che mi è stata proposta

Acconsento/iamo l'acquisizione di documentazione clinica relativa al caso SI ☐ NO ☐

Acconsento/iamo l'acquisizione di fotografie che documentano il caso SI ☐ NO ☐

Acconsento/iamo alla raccolta di informazioni sulla mia famiglia (albero genealogico) SI ☐ NO ☐

In merito alla COMUNICAZIONE dei risultati dichiaro che:

- voglio/amo conoscere i **risultati dell'analisi** rilevanti per la malattia SI ☐ NO ☐

- desidero/iamo essere informato/a di eventuali **risultati inattesi** relativi a varianti chiaramente patogenetiche non correlate alla malattia
oggetto di diagnosi se questi comportano un beneficio concreto in termini di terapia e/o prevenzione, anche in merito a scelte riproduttive,

in accordo alle conoscenze disponibili al momento dell'indagine SI ☐ NO ☐

Autorizzo/iamo la comunicazione dei risultati dell'analisi genetica alle seguenti persone:

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico POLICLINICO DI SANT'ORSOLA Dipartimento Ospedale della Donna e del Bambino UOC Genetica Medica Direttore ff Prof.ssa Daniela Turchetti	CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI INDAGINI GENETICHE E ALL'UTILIZZO DEI DATI GENETICI E DEI CAMPIONI BIOLOGICI	RS01A Rev. 5 Pag. 2/2 Data di applicazione: 01/07/2022
---	---	---

Medico curante, Dott. _____ Altri: _____

In merito agli usi ulteriori dei campioni e dei dati, NON NECESSARI per effettuare l'indagine diagnostica dichiaro/iamo che:

- **Ulteriori indagini sulla malattia:** Nell'eventualità che l'indagine iniziale oggetto di questo consenso dia un risultato negativo, autorizzo/iamo eventuali ulteriori indagini diagnostiche riguardanti la patologia in esame SI ☐ NO ☐
- Autorizzo/iamo l'uso dei **dati**, in forma pseudonimizzata ovvero non riconducibile alla mia persona, per promuovere le conoscenze scientifiche sulla malattia, come indicato nell'informativa SI ☐ NO ☐
- Acconsento/iamo all'utilizzo dei **campioni biologici residui** in progetti di ricerca scientifica riguardanti la patologia in esame SI ☐ NO ☐
- Acconsento/iamo ad essere **ricontattato/i** in futuro per eventuali ulteriori indagini non direttamente collegate alla patologia in esame o per informarmi/ci della possibilità di partecipare a studi clinici (ricerca medica) SI ☐ NO ☐

Sono/Siamo, infine, consapevole/i del mio/nostro diritto a modificare in qualsiasi momento la mia/nostra volontà in merito a quanto dichiarato

Firma _____

Firma (madre/tutore) _____

Firma (padre/tutore) _____

(in caso di tutore/curatore/amministratore di sostegno verificare l'identità ed acquisire copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

Da compilare solo in caso di assenza di uno dei soggetti esercenti la potestà

Il sottoscritto _____

dichiara che il soggetto esercente la potestà non presente in data odierna

☐ Acconsente all'indagine genetica

☐ NON acconsente all'indagine genetica

☐ non può prestare il proprio consenso/dissenso in quanto irreperibile

Firma _____

LUOGO e DATA: _____

Firma del mediatore culturale (se necessario)

Confermo di avere spiegato scopi, procedure, limiti e vantaggi dell'indagine genetica proposta

Cognome e Nome/Timbro del medico/professionista sanitario che ha effettuato il colloquio e raccolto il consenso

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico POLICLINICO DI SANT'ORSOLA Dipartimento Ospedale della Donna e del Bambino UOC Genetica Medica Direttore ff Prof.ssa Daniela Turchetti	CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI INDAGINI GENETICHE E ALL'UTILIZZO DEI DATI GENETICI E DEI CAMPIONI BIOLOGICI	RS01A Rev. 5 Pag. 3/2 Data di applicazione: 01/07/2022
---	---	---

Firma.....