

CONSENSO INFORMATO PER LA CONSULENZA GENETICA

mod ge 005 Cons Infor

Rev. 4

Data: 05/05/2025

Dipartimento dei Servizi Sanitari

U.O.S.D. Laboratorio di Genetica Medica

1) SINTESI INFORMATIVA

La consulenza genetica è un atto medico attraverso cui i pazienti affetti da una malattia geneticamente determinata e/o i loro familiari, ricevono informazioni riguardo alle caratteristiche della malattia stessa, alle modalità di trasmissione, al rischio di ricorrenza e alle possibili terapie, incluse le opzioni riproductive. Essa si identifica in tre principali tipologie: la consulenza genetica prenatale, la consulenza genetica post-natale e la consulenza genetica oncologica.

2) RICHIESTA DI CONSULENZA GENETICA PER L'ASSISTITO/A

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a il _____
 a _____ Residente in _____ (Prov._____),
 CAP _____ Via: _____ n. _____ Tel: _____ / _____

3) PAZIENTE MINORE O NON IN GRADO DI ESPRIMERE IL PROPRIO CONSENSO

MADRE/TUTORE Cognome e Nome _____ Nato/a il _____
 a _____ Residente in _____ (Prov._____),
 CAP _____ Via: _____ n. _____ Tel: _____ / _____

PADRE Cognome e Nome _____ Nato/a il _____
 a _____ Residente in _____ (Prov._____),
 CAP _____ Via: _____ n. _____ Tel: _____ / _____

4) DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La/I sottoscritto/a/i, consapevole/i delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA/DICHIARANO

di aver ricevuto l'informazione chiara e dettagliata su utilità, benefici e limiti della consulenza genetica. Pertanto:

ACCONSENTE/ACCONSENTONO **NON ACCONSENTE/NON ACCONSENTONO**

ALL'ACQUISIZIONE DEI DATI ANAGRAFICI E SANITARI AL FINE DI DEFINIRE IL QUADRO CLINICO E/O IL RISCHIO DI RICORRENZA

per sè per il minore suindicato per i familiari

ALL'USO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE QUALE CONTRIBUTO ALLA SCIENZA MEDICA E SPECIALISTICA

nel corso di incontri tra gruppi di studio nazionali e internazionali, previo oscuramento degli elementi identificativi, compresi quelli iconografici (fotografie del volto o di parti riconoscibili)

CONSENSO INFORMATO PER LA CONSULENZA GENETICA

mod_ge_005_Cons_Infor

Rev. 4

Data: 05/05/2025

Dipartimento dei Servizi Sanitari

U.O.S.D. Laboratorio di Genetica Medica

in pubblicazioni scientifiche su testate o riviste specialistiche

ALL'ACQUISIZIONE DI IMMAGINI FOTOGRAFICHE DEI SEGNI CLINICI DEL PAZIENTE

per uso esclusivamente interno alla U.O.S.D. Lab. di Genetica Medica dell'AORN Caserta

per la pubblicazione su siti web nazionali e internazionali in aree subordinate all'accesso attraverso password

ALL'USO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE QUALE CONTRIBUTO ALLA SCIENZA MEDICA E SPECIALISTICA

nel corso di incontri tra gruppi di studio nazionali e internazionali, previo oscuramento degli elementi identificativi, compresi quelli iconografici (fotografie del volto o di parti riconoscibili)

in pubblicazioni scientifiche su testate o riviste specialistiche

Mi impegno, infine, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato. Dichiaro di avere compreso quanto sopra esposto.

Data: _____ Firma _____ Firma _____

Firma del Medico che ha raccolto il consenso: _____

Autocertificazione per Genitore Unico

Con la presente il/la sottoscritto/a

DICHIARA di essere l'unico rappresentante legale del minore e/o dell'impedimento alla presenza dell'altro genitore

Sig./Sig.ra _____

che è stato informato della/e analisi genetica/che proposta/e ed esprime il proprio accordo.

Data: _____

Firma del Medico che ha raccolto il consenso: _____