 <p>Azienda Ospedaliera di Caserta Sant'Anna e San Sebastiano di rilievo nazionale e di alta specializzazione</p>	<p align="center"><b>CONSENSO INFORMATO PER LA CONSULENZA GENETICA</b></p> <p align="center"><b>Dipartimento dei Servizi Sanitari</b></p> <p align="center"><b>U.O.S.D. Laboratorio di Genetica Medica</b></p>	mod ge 005 Cons Infor
		Rev. 4
		Data: 05/05/2025

### 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 riproduttive. 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)

 <p>Azienda Ospedaliera di Caserta Sant'Anna e San Sebastiano di rilievo nazionale e di alta specializzazione</p>	<p align="center"><b>CONSENSO INFORMATO PER LA CONSULENZA GENETICA</b></p> <p align="center"><b>Dipartimento dei Servizi Sanitari</b></p> <p align="center"><b>U.O.S.D. Laboratorio di Genetica Medica</b></p>	mod ge 005 Cons Infor
		Rev. 4
		Data: 05/05/2025

☐ 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: \_\_\_\_\_