



I test genetici comprendono le analisi di specifici geni, del loro prodotto o della loro funzione, nonché ogni altro tipo di indagine del DNA, del RNA o dei cromosomi, finalizzata ad individuare o ad escludere mutazioni associate a patologie genetiche. I test possono anche essere utilizzati per definire la variabilità interindividuale, per risolvere quesiti medico-legali e per valutare la sensibilità o la suscettibilità e le resistenze individuali. I risultati dei test genetici coinvolgono l'identità biologica non solo della singola persona, ma anche della sua famiglia.

Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Saranno garantiti ai sensi del D.L. N°196/03 l'anonimato e la riservatezza sulla provenienza del campione e sui dati genetici acquisiti.

## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST GENETICI

Io sottoscritto/a..... nato/a..... il...../...../.....

Residente in ..... Prov..... CAP.....

Via..... n°..... Tel.....

**DICHIARO** di aver ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia di cui soffro o che ricorre nella mia famiglia e di aver compreso l'utilità ed i limiti della analisi genetica propostami; ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenute opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti. Pertanto **ACCONSENTO** al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione dei test genetici di laboratorio relativi alla malattia:

-----

**DICHIARO** inoltre di:

- |                                 |                                     |   |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> volere | <input type="checkbox"/> non volere | essere informato circa i risultati delle analisi  |
| <input type="checkbox"/> volere | <input type="checkbox"/> non volere | rendere partecipi i miei familiari circa i risultati dell'analisi (restrizioni grado parentela/commenti_____) |
| <input type="checkbox"/> volere | <input type="checkbox"/> non volere | rendere partecipe dei risultati dell'analisi il mio medico di famiglia Dott. _____                            |

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_



Associazione  
Cante di Montevecchio  
- O n l u s -

**LABORATORIO CANTE DI MONTEVECCHIO**  
(Direttore Dr.ssa Luigia Varriale)

**CONSENSO INFORMATO PER LA CONSERVAZIONE DEL  
MATERIALE BIOLOGICO**

Il/la sottoscritto/a..... nato/a..... il...../...../.....

Residente in .....Prov.....CAP.....

Via.....n°.....Tel.....

Dopo essere stato/a informato/a che:

- Il materiale biologico prelevato potrà essere conservato presso il Laboratorio CANTE DI MONTEVECCHIO
- Il materiale biologico prelevato potrà essere utilizzato per ulteriori indagini ad esclusivo scopo diagnostico e/o di ricerca, mai a fini di lucro diretto
- Saranno garantiti ai sensi del D.L. N°196/03 l'anonimato e la riservatezza sulla provenienza del campione e sui dati genetici acquisiti.
- Potrò esprimere la volontà di non essere informato sui risultati delle ulteriori indagini (art.10 comma 2 della Convenzione sui diritti dell'Uomo e sulla Biomedicina – Oviedo 4 Aprile 1997, ratificata dalla legge 28 Marzo 2001 n.145)
- Saranno attuate tutte le procedure idonee a garantire l'idoneità del campione conservato; ciononostante il Centro declina ogni responsabilità per eventuali danni o incidenti che possono verificarsi
- I dati genetici acquisiti potranno essere conservati ed eventualmente utilizzati al solo scopo di ricerca.
- In ogni momento potrò comunicare eventuali cambiamenti di opinione in merito a quanto dichiarato; in tal caso il campione ed i relativi dati saranno eliminati e non verranno utilizzati per future ricerche.

**DICHIARA DI**

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autorizzare | <input type="checkbox"/> Non autorizzare | la conservazione del materiale biologico  |
| <input type="checkbox"/> Autorizzare | <input type="checkbox"/> Non autorizzare | l'utilizzo del materiale per ulteriori indagini ad esclusivo scopo diagnostico e/o di ricerca             |
| <input type="checkbox"/> Autorizzare | <input type="checkbox"/> Non autorizzare | la conservazione dei dati genetici acquisiti e l'eventuale utilizzo a scopo di ricerca                    |
| <input type="checkbox"/> Volere      | <input type="checkbox"/> Non volere      | essere informato di eventuali risultati riguardanti la salute derivanti dai suddetti studi e da ricerche. |

Data.....

Firma .....

La sottoscritta, Dr.ssa Luigia Varriale, Direttore del Laboratorio Cante di Montevecchio, garantisce il rispetto delle suddette dichiarazioni.

Data.....

Firma.....