



Associazione
Cante di Montevercchio
- O n l u s -

**LABORATORIO DI BIOLOGIA MOLECOLARE E DI GENETICA MEDICA
"CANTE DI MONTEVECCHIO"**

Autorizzazione N. 864/C
Accreditamento Regione Marche (DGR N°166/SOP/04)

(Direttore Dr.ssa Luigia Varriale)
e-mail: luigia.varriale@genetica-cante.it

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 IN MINORI

Io sottoscritto..... Padre del minore:.....
congiuntamente a:.....Madre del minore
nato/a.....il...../...../.....Residente in.....Prov.....CAP.....
Via.....n°.....Tel.....

DICHIARO di aver ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia del minore o che ricorre nella sua famiglia e di aver compreso l'utilità ed i limiti della analisi genetica proposta per il minore; ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenute opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti. Pertanto **ACCONSENTO** al prelievo al minore 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 familiari del minore 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 medico di famiglia Dott. _____ |

Data _____

Firma _____



Associazione
Cante di Montevercchio
- O n l u s -

**LABORATORIO DI BIOLOGIA MOLECOLARE E DI GENETICA MEDICA
"CANTE DI MONTEVECCHIO"**

Autorizzazione N. 864/C
Accreditamento Regione Marche (DGR N°166/SOP/04)

(Direttore Dr.ssa Luigia Varriale)
e-mail:luigia.varriale@genetica-cante.it

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

Io sottoscritto..... Padre del minore:.....
congiuntamente a:.....Madre del minore
nato/a.....il...../...../.....Residente in.....Prov.....CAP.....
Via.....n°.....Tel.....

Dopo essere stato/a informato/a che:

- Il materiale biologico prelevato al minore potrà essere conservato presso il Laboratorio CANTE DI MONTEVECCHIO
- Il materiale biologico prelevato al minore 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 del minore 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 del minore |
| <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 |

Data _____

Firma _____

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

Data _____

Firma _____