

CONSENSO ALL'ANALISI GENETICA

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____
Codice fiscale _____
nato/a il _____
residente in via _____ nr. _____
città, provincia, paese _____
telefono _____ email _____

Avendo ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia per la quale è stato richiesto un approfondimento diagnostico, avendo letta l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi e avendo compreso l'utilità ed i limiti (falsi negativi, falsi positivi, relatività del test in funzione del pannello di analisi prescelto) dell'analisi multigenetica,

in qualità di interessato dichiaro di essere a conoscenza che:

- per effettuare l'analisi è necessario acquisire un mio campione biologico (es. sangue periferico o saliva) e che i rischi connessi al prelievo sono di minima entità; sì no
- i risultati dell'analisi saranno disponibili dopo 60-240 giorni dalla data di ricevimento del campione a seconda del pannello genetico richiesto e/o dell'eventuale urgenza (nel caso si rendessero necessarie eventuali indagini aggiuntive i tempi potrebbero essere più lunghi); sì no
- l'analisi fornisce informazioni solo in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata richiesta; sì no
- se non indicato diversamente, il campione verrà usato solo per l'indagine richiesta; sì no
- l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche; sì no
- il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del mio DNA, anche quella dei familiari stretti, dove sia necessario e possibile; sì no
- nel caso sia necessaria l'analisi di segregazione familiare, il risultato è strettamente legato alla corretta indicazione dei legami di parentela dei soggetti analizzati; sì no
- i risultati dell'analisi verranno comunicati/inviati, anche sottoforma di file informatico, direttamente al Medico Specialista che ha fatto la richiesta; sì no
- in ogni momento lo desidero posso chiedere l'accesso ai miei dati o la loro cancellazione; sì no
- il titolare del trattamento è R&I Genetics s.r.l., numero di tel.0498705062, mail: privacy@rigenetics.com e il responsabile della protezione dei dati è il Dott. Andrea Orsi reperibile ai riferimenti citati. sì no

dichiaro quindi di acconsentire:

- al prelievo e all'utilizzo del mio campione biologico per l'esecuzione dell'indagine richiesta
a scopi diagnostici sì no
ad eventuali approfondimenti diagnostici sì no
e/o per scopo di ricerca sì no
- che questa struttura, nei casi di competenza, gestisca il trattamento dei miei dati personali e dei dati sensibili di cui agli articoli 5, 6 e 9 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679; sì no
- alla comunicazione dei risultati dell'indagine al Prof./Dott. che ha richiesto l'analisi
Cognome e Nome _____ sì no
- alla comunicazione di eventuali risultati incidentali emersi a seguito dell'esecuzione dell'indagine richiesta e qualora si giovino di terapia o prevenzione o stato di portatore; sì no
- all'invio del referto, anche per via telematica, all'Ente/Medico che ha richiesto l'analisi; sì no
- alla conservazione per almeno 10 anni, presso il laboratorio, del campione e dei risultati. sì no

DATA _____

Firma del Paziente _____

DATA _____

Firma del Medico/Biologo
che ha fornito le informazioni _____