



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI  
TEST GENETICI**

**MD PS Genetica 1- 1  
Rev. 0  
12 giugno 2012  
pagina 1 di 4**

S.I.S.Me.R.

Gentile paziente, sono noti i difetti genetici alla base di molte malattie, che possono essere perciò accertate con analisi specifiche (cromosomiche o citogenetiche e molecolari), complessivamente definite 'test genetici'. Le analisi citogenetiche identificano le anomalie del numero o della struttura dei cromosomi (patologie cromosomiche), mentre gli altri test genetici ricercano la presenza di eventuali modificazioni (mutazioni) nei geni correlati a specifiche malattie, attraverso l'analisi diretta del gene causativo o attraverso lo studio della trasmissione nella famiglia delle regioni cromosomiche associate alla malattia (analisi di concatenazione genica o linkage).

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via : \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**In caso di soggetti minori o di persona non in grado di esprimere il proprio consenso:**

l'esercente la patria potestà (specificare \_\_\_\_\_)

il tutore di: nome e cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Acquisite le informazioni fornitemi durante il colloquio di consulenza genetica prima dell'esecuzione del test, in particolare in merito allo scopo del prelievo, l'utilità ed i limiti del test genetico, i possibili risultati e le loro eventuali implicazioni per me e la mia famiglia, **DICHIARO** di essere a conoscenza:

- che per effettuare l'analisi molecolare e/o citogenetica è necessario acquisire un campione biologico (.....  
.....)  
di quantità non inferiore a ....., che verrà utilizzato per estrarre il DNA necessario per l'analisi molecolare e/o per la messa in coltura di cellule per le analisi citogenetiche; poiché esiste la possibilità che la coltura non vada a buon fine (5% annuo dei casi) può essere necessario ripetere il prelievo;
- che i rischi connessi al prelievo di sangue periferico sono di minima entità: i più frequenti sono la comparsa di ecchimosi nel punto di prelievo e la lipotimia (svenimento). Solo molto raramente si possono verificare effetti collaterali (ematomi, piccole lesioni o infezioni locali);
- che i risultati diagnostici per l'analisi richiesta sono in media disponibili dopo ..... giorni dalla data di accettazione del campione (condizionata dall'espletamento delle procedure amministrative). Eventuali tecniche e indagini aggiuntive che si rendessero necessarie per la valutazione di risultati complessi saranno comunicate e potranno richiedere tempi di refertazione più lunghi.
- che l'indagine fornisce informazioni unicamente sulla patologia o sul rischio di patologia per cui è stata richiesta l'analisi;
- che l'accuratezza e la sensibilità della diagnosi può variare in rapporto al test effettuato;
- che un test genetico può richiedere non solo l'analisi del paziente, ma anche dei suoi familiari, o nello stesso momento o in periodi diversi;

Sono consapevole del mio diritto a modificare od interrompere in qualsiasi momento la mia volontà in merito a quanto dichiarato.

Data \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_



S.I.S.Me.R.

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI  
TEST GENETICI**

**MD PS Genetica 1- 1  
Rev. 0  
12 giugno 2012  
pagina 2 di 4**

Dichiaro inoltre di avere avuto il tempo e la possibilità di rivolgere tutte le domande e di avere ricevuto risposte esaurienti e comprensibili.

**Pertanto:**

**acconsento**     **non acconsento**    al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione delle analisi genetiche per:

**Settore di genetica molecolare:** \_\_\_\_\_

**Settore di citogenetica:** \_\_\_\_\_

**acconsento**     **non acconsento**    all'eventuale estensione dei test molecolari sopra richiesti sul materiale biologico fetale, prelevato il .....mediante amnio/villocentesi

**DICHIARO** inoltre di:

**essere in**                      alla \_\_\_\_\_ settimana di gestazione                       **non essere**    in  
gravidanza                      data dell'ultima mestruazione \_\_\_\_\_                      gravidanza

**volere**     **non volere**    donare il materiale genetico derivato dal proprio campione biologico, perché possa essere utilizzato per studi scientifici, in modo anonimo e senza fini di lucro. Solo il Responsabile della Ricerca, e/o della Diagnosi, potrà risalire all'identità del campione.

**volere**     **non volere**    **essere informato/a dei risultati delle analisi effettuate**

**AUTORIZZO** inoltre a:

- utilizzare il tessuto prelevatomi in sede chirurgica                                              SI  NO
- acquisire la documentazione relativa al mio caso                                              SI  NO
- crioconservare il mio materiale biologico ed a utilizzarlo per eventuali future indagini riguardanti la patologia in esame                                              SI  NO
- comunicare i risultati dell'indagine alle seguenti persone:

Medico curante , Dr. \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_

**Richiedo** la spedizione per via postale (posta ordinaria) dei referti relativi alle analisi eseguite all'indirizzo sopra indicato.

**Richiedo** la spedizione per via mail all'indirizzo avanti identificato dei referti relativi alle analisi eseguite.

Data \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

Firma dello Specialista che ha raccolto il consenso informato: \_\_\_\_\_