

ANALISI PANNELLI GENETICI

SEQUENZIAMENTO MEDIANTE NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS Grado clinico)

<i>Io sottoscritto/a</i>	(nome e cognome)		
<i>nato/a il</i>	gg/mese/anno / /	Codice Fiscale	
<i>residente in</i>	via		n
	(città, provincia, paese)		
<i>telefono</i>		<i>e-mail</i>	

IN QUALITÀ DI DIRETTO INTERESSATO

DICHIARO:	
di aver letto l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi, di averne compreso il contenuto e di aver ottenuto informazioni dettagliate sul significato e su i limiti dell'indagine genetica richiesta.	
<i>di essere a conoscenza di quanto sotto riportato:</i>	
per effettuare l'analisi è necessario un prelievo di sangue periferico che verrà utilizzato per estrarre il DNA necessario per l'analisi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
i rischi connessi al prelievo del campione sono di minima entità	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
i risultati dell'analisi sono disponibili dopo 30-60 giorni dalla data di arrivo del campione in laboratorio (eventuali tecniche e indagini aggiuntive che si rendessero necessarie per la valutazione dei risultati saranno comunicate e potranno richiedere tempi di refertazione più lunghi)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
l'indagine fornisce informazioni unicamente in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata la richiesta di analisi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
in alcuni casi è necessario confermare la relazione di parentela con il probando	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
il campione verrà usato solo per l'indagine richiesta e non per altri scopi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
non mi è permesso l'accesso ad altri miei dati genetici emergenti da questa analisi, e dai processi analitici ad essa correlati, se non su specifica richiesta del medico specialista	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del mio DNA, anche quella dei miei familiari stretti e che questo può avvenire o nello stesso momento o in periodi diversi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
delle informazioni di cui all'articolo 13 del D.lgs. 196/2003 (legge sulla Privacy)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

<i>di acconsentire:</i>	
all'utilizzo del campione biologico per l'esecuzione dell'indagine richiesta	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
al trattamento dei miei dati che rientrano nel novero dei dati personali e dei dati sensibili di cui all'articolo 23-26 D.lgs. 196/2003	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
di essere messo a conoscenza dei risultati dell'indagine	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
alla conferma della relazione di parentela, se necessario	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
alla comunicazione di eventuali risultati accidentali	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
all'invio del referto, per via telematica, all'Ente che ha raccolto il mio campione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
alla conservazione per almeno 10 anni , presso il laboratorio, del campione e dei risultati	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
a rendere partecipe dei risultati il Prof./Dott.	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

(Cognome e Nome)

DATA _____

Firma del Paziente _____

DATA _____

Firma del Medico che ha fornito le informazioni _____

ANALISI PANNELLI GENETICI
SEQUENZIAMENTO MEDIANTE NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS Grado clinico)

<i>lo sottoscritto/a</i>	(nome e cognome)		
<i>nato/a il</i>	gg/mese/anno / /	Codice Fiscale	
<i>residente in</i>	via		n
	(città, provincia, paese)		
<i>telefono</i>		<i>e-mail</i>	

IN QUALITÀ DI DIRETTO INTERESSATO

DICHIARO:		
di aver letto l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi, di averne compreso il contenuto e di aver ottenuto informazioni dettagliate sul significato e su i limiti dell'indagine genetica richiesta.		
<i>di essere a conoscenza di quanto sotto riportato:</i>		
per effettuare l'analisi è necessario un prelievo di sangue periferico che verrà utilizzato per estrarre il DNA necessario per l'analisi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
i rischi connessi al prelievo del campione sono di minima entità	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
i risultati dell'analisi sono disponibili dopo 30-60 giorni dalla data di arrivo del campione in laboratorio (eventuali tecniche e indagini aggiuntive che si rendessero necessarie per la valutazione dei risultati saranno comunicate e potranno richiedere tempi di refertazione più lunghi)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
l'indagine fornisce informazioni unicamente in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata la richiesta di analisi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
in alcuni casi è necessario confermare la relazione di parentela con il probando	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
il campione verrà usato solo per l'indagine richiesta e non per altri scopi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
non mi è permesso l'accesso ad altri miei dati genetici emergenti da questa analisi, e dai processi analitici ad essa correlati, se non su specifica richiesta del medico specialista	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del mio DNA, anche quella dei mie familiari stretti e che questo può avvenire o nello stesso momento o in periodi diversi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
delle informazioni di cui all'articolo 13 del D.lgs. 196/2003 (legge sulla Privacy)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

<i>di acconsentire:</i>		
all'utilizzo del campione biologico per l'esecuzione dell'indagine richiesta	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
al trattamento dei miei dati che rientrano nel novero dei dati personali e dei dati sensibili di cui all'articolo 23-26 D.lgs. 196/2003	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
di essere messo a conoscenza dei risultati dell'indagine	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
alla conferma della relazione di parentela, se necessario	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
alla comunicazione di eventuali risultati accidentali	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
all'invio del referto, per via telematica, all'Ente che ha raccolto il mio campione	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
alla conservazione per almeno 10 anni, presso il laboratorio, del campione e dei risultati	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
a rendere partecipe dei risultati il Prof./Dott.	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

(Cognome e Nome)

DATA _____

Firma del Paziente _____

DATA _____

Firma del Medico che ha fornito le _____