

ETICHETTA

Compilare in modo leggibile evitando acronimi e sigle

Io sottoscritto/a

Nato/a ail

Indirizzo _____ Città _____ cap _____

In qualità di diretto interessato/delegato genitore/ rappresentante legale di:

Nome e Cognome del paziente:.....nato il.....

(Compilare solo in caso di paziente minore o incapace, dati identificativi dei genitori o tutori)

Nome e Cognome genitore/tutore

Nome e Cognome genitore/tutore

Nato/a ail Nato/a ail

Indirizzo _____ Indirizzo _____

Città _____ cap _____ Città _____ cap _____

Io/Noi sottoscritto/a/i consapevole/i delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art.76 del DPR 28/12/200, n.445

DICHIARO/IAMO sotto personale responsabilità, ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000, n.455, di essere:

genitore/i rappresentante legale di:

e quindi esercente /i la responsabilità genitoriale: esclusiva condivisa sul paziente

Compilare solo nel caso di assenza di uno dei genitori

DICHIARO che, ai fini dell'applicazione dell'art.317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: lontananza impedimento altro.....

Assumendomi la responsabilità delle decisioni in merito al percorso di cura di mio figlio/a minore.

richiedo/richiediamo

PRESTAZIONE/I RICHIESTA/E:


TIPOLOGIA DI CAMPIONE DA ANALIZZARE:

SANGUE PERIFERICO ALTRO _____

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (anche RGD 679/2016), della circolare regionale del 28.05.2013, n. 13 e dall'autorizzazione generale n.8 del Garante privacy

ACCONSENTO A:

- Al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici presso l'Azienda Ospedaliera di Brescia e/o presso altro laboratorio di esecuzione delle indagini (in service) per finalità diagnostiche si no
- Al prelievo ed all'utilizzo del campione biologico a scopo diagnostico si no

| | | | |
|---|--|----------------------|--------------------|
|  | CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI DI GENETICA MEDICA | | ModSDA29.06 |
| | Rev. 04 | Pagina 2 di 2 | |
| | Data Rev 04/12/2019 | | |

Inoltre, letta l'informativa consegnatami dallo Specialista che richiede le analisi, avendo compreso il contenuto e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste

ACCONSENTO A:

- Conoscere i risultati delle indagini richieste si no
- Rendere partecipe dei risultati il dr/a _____ si no
- Conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive si no

- Utilizzare il materiale biologico e i miei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per approfondimenti a fini diagnostici :
 Presso il Centro che esegue le analisi si no
 Presso altri Centri , anche al di fuori dell'Unione Europea si no
- Rendere partecipi dei risultati i miei familiari, qualora ne facciano richiesta si no
- Conservare ed utilizzare, presso il Centro che esegue i prelievi, i dati ed il suddetto materiale a scopo di ricerca scientifica si no
- Inviare, per scopi di ricerca, il suddetto materiale debitamente codificato ad altri Centri/Laboratori esterni con cui l'Azienda ha rapporti di collaborazione scientifica si no
- Inviare immagini/campioni presso i Centri deputati alla Valutazione Esterna della Qualità (VEQ) in Citogenetica e Genetica Molecolare si no

Firma dell'interessato/delegato _____

Firma/e di entrambi del/i genitori/e o del rappresentante legale

Firma del minore/tutelato (se possibile) _____

Firma del Medico e badge/timbro _____

Data di acquisizione del consenso _____

REVOCA DEL CONSENSO¹ (presentando copia del presente consenso presso il laboratorio che ha accettato le prestazioni ed eseguito i prelievi)

Revoca del consenso sopraesposto: Data

Paziente /Rappresentante legale /delegato / Genitori/Rappresentante legale del minore

Firma

Revoca raccolta a mezzo dell'interprete o del mediatore culturale

Nome e cognome (in stampatello): Firma:

Firma del Medico e badge/Timbro

¹ Il consenso da Lei prestato potrà essere revocato in ogni momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. In caso di revoca, i trattamenti in corso verranno interrotti e con essi la prestazione da Lei richiesta, senza impedire quegli ulteriori trattamenti che l'ASST deve porre in essere per obblighi di Legge.