

Dati paziente o Etichetta:

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Il sottoscritto/a, in qualità di

☐ **Paziente** : Nome e cognome _____

☐ **Rappresentante legale**: ☐ amministratore di sostegno ☐ tutore/curatore

Nome e cognome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita ____/____/____

Come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato

☐ **Genitori**

I°Genitore : Nome e cognome _____ Data di nascita ____/____/____

II°Genitore: Nome e cognome _____ Data di nascita ____/____/____

Presenza di interprete : ☐ no ☐ sì (nome e cognome) _____

Consapevole della necessità di essere effettuare la prestazione (specificare):

.....
.....

TIPOLOGIA del Campione da analizzare:

☐ **Sangue periferico** ☐ **altro**

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

ACCONSENTE/ONO a

utilizzare il campione biologico a scopo diagnostico ☐ SI ☐ NO

utilizzare i materiali biologici e i referti risultanti per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche ☐ SI ☐ NO

trattare i dati personali, sensibili, genetici ☐ SI ☐ NO

conoscere i risultati delle indagini richieste ☐ SI ☐ NO

rendere partecipe dei risultati

il dott. ☐ 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 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 della Unione Europea ☐ SI ☐ NO

rendere partecipi dei risultati i miei famigliari / familiari del paziente, qualora ne facciano richiesta ☐ SI ☐ NO

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/i avuti con il /i medico/i e con l'informativa ricevuta

Data ____/____/____

☐ **Firma dell'interessato :** _____

Firma 1° Genitore _____ **Firma 2°Genitore** _____

☐ **Firma, timbro o matricola del Medico** _____

Eventuale interprete/testimone (nome, cognome e firma) _____

In caso di revoca successiva del consenso:

Il sottoscritto _____

REVOCA

il proprio consenso al trattamento sanitario proposto **Data** ____/____/____ **ora** ____

Firma dell'interessato _____

Firma 1° Genitore _____ **Firma 2°Genitore** _____

Firma, timbro o matricola del Medico Specialista _____

Eventuale interprete/testimone (nome, cognome e firma) _____

NOTA: Il presente modello va compilato in triplice copia, una per il paziente, una per lo specialista, una per il laboratorio che esegue il prelievo.

Esso è stato predisposto coerentemente con i contenuti della DGR 4716/2013.