



Modulo di Unità Operativa	MU/BR/GB 301555 006 Rev. 3 del 23.10.2024 Pagina 1 di 4
DAI Patologia e Diagnostica --- Dipartimento dei Servizi di Laboratorio UOC Laboratorio Analisi	
MODULI CONSENSI INFORMATI TEST GENETICI paziente incapace (minore di età, incapace naturale, altre forme di incapacità)	

ANALISI GENETICHE

Cariotipo da:

- ☐ sangue periferico
- ☐ sangue fetale
- ☐ liquido amniotico
- ☐ cute fetale
- ☐ villi coriali
- ☐ altro _____

Test molecolare per:

- ☐ gene FMR 1 (S.X-fragile e altre patologie associate)
- ☐ gene α globina (Talasemie/Emoglobinopatie)
- ☐ gene β globina (Talasemie/Emoglobinopatie)
- ☐ gene HFE (Emocromatosi Ereditaria)
- ☐ microdelezioni cromosoma Y (Infertilità maschile)
- ☐ QF-PCR da sangue periferico
- ☐ QF-PCR da liquido amniotico
- ☐ FISH
- ☐ altro _____

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST

Genitore-1 _____, nato/a _____, (____) il ____/____/____, residente in _____, (____), Via/Piazza _____, CF _____
Genitore-2 _____, nato/a _____, (____) il ____/____/____, residente in _____, (____), Via/Piazza _____, CF _____
del paziente _____ nato/a _____, (____) il ____/____/____, CF _____

Altro ruolo: Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____, (____) il ____/____/____, residente in _____, (____), Via/Piazza _____, CF _____, in qualità di ¹ _____ del paziente _____ nato/a _____, (____) il ____/____/____, CF _____

Avendo ricevuto un'informativa chiara e dettagliata in merito al test genetico sopraindicato e avendo compreso l'utilità, le caratteristiche dell'analisi genetica proposta, i suoi eventuali limiti, modalità e tempi di esecuzione e di comunicazione del risultato, nonché le specifiche finalità perseguite e i risultati conseguibili

DICHIARA

- ☐ di acconsentire all'esecuzione dell'analisi genetica

¹ Tutore, amministratore di sostegno, convivente di fatto o unito civilmente ai sensi della Legge 20 maggio 2016, n. 76, fiduciario ai sensi dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219.



☐ di NON acconsentire all'esecuzione dell'analisi genetica

Il/La sottoscritto/a è consapevole che i consensi resi sono liberamente revocabili in ogni momento, rivolgendosi all'Unità Operativa che ha eseguito l'analisi.

Verona, __/__/____

Firma leggibile Genitore-1

Verona, __/__/____

Firma leggibile Genitore-2

Verona, __/__/____

Firma leggibile tutore/altro

Dichiarazione del medico/biologo specialista che ha reso l'informativa e raccolto il consenso

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, in servizio presso l'UOC di _____, dichiara, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa ha compreso quanto sopra esposto, rendendo un consenso libero e consapevole.

Firma leggibile _____

Da compilarsi in caso di assenza motivata di uno dei due genitori:

in sede di colloquio si è provveduto a contattare per via telematica il/la sig/sig.ra _____ e dopo aver verificato la sua identità si è provveduto ad informarlo/a delle finalità dell'indagine. Il/La sig/sig.ra _____ avendo compreso quanto illustrato:

☐ acconsente all'esecuzione dell'analisi genetica

☐ NON acconsente all'esecuzione dell'analisi genetica

Firma dello specialista _____



**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DI DATI GENETICI E UTILIZZO DI
CAMPIONI PER FINALITA' DIAGNOSTICHE**

Genitore-1 _____, nato/a _____, (____) il
____/____/____, residente in _____, (____), Via/Piazza
_____, CF _____,

Genitore-2 _____, nato/a _____, (____) il
____/____/____, residente in _____, (____), Via/Piazza
_____, CF _____,

del paziente _____ nato/a _____,
(____) il ____/____/____, CF _____,

Altro ruolo: Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____,
(____) il ____/____/____, residente in _____, (____),
Via/Piazza _____, CF _____,
in qualità di² _____ del paziente nato/a _____,
(____) il ____/____/____, CF _____,

avendo ricevuto un'informativa chiara e dettagliata in merito al trattamento dei dati personali della persona che rappresenta relativamente alla esecuzione delle analisi genetiche prescritte

DICHIARA

- 1) di dare il consenso a conoscere i risultati dell'analisi genetica
☐ Sì ☐ No
- 2) di dare il consenso a conoscere anche eventuali notizie inattese
☐ Sì ☐ No
- 3) di dare il consenso alla conservazione dei campioni biologici e al trattamento dei dati genetici a essi associati anche per eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici, qualora in futuro l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona disponesse di nuove conoscenze scientifiche e/o di nuovi strumenti di indagine
☐ Sì ☐ No
- 4) di dare il consenso alla conservazione del materiale biologico per il tempo necessario a condurre futuri studi e ricerche, fermo restando il rilascio di idonea informativa e l'acquisizione del relativo consenso da parte del promotore dello studio o della ricerca.
☐ Sì ☐ No
- 5) di dare il consenso alla comunicazione dell'esito delle analisi genetiche e al trasferimento dei campioni biologici ad altri soggetti esterni all'Azienda per finalità di prevenzione, diagnosi o cura
☐ Sì ☐ No

² Tutore, amministratore di sostegno, convivente di fatto o unito civilmente ai sensi della Legge 20 maggio 2016, n. 76, fiduciario ai sensi dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219.



Il/La

sottoscritto/a è consapevole che i consensi resi sono liberamente revocabili in ogni momento, rivolgendosi all'Unità Operativa che ha eseguito l'analisi.

Verona, __/__/____

Firma leggibile Genitore-1

Verona, __/__/____

Firma leggibile Genitore-2

Verona, __/__/____

Firma leggibile tutore/altro

Dichiarazione del medico/biologo specialista che ha reso l'informativa e raccolto il consenso

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, in servizio presso l'UOC di _____, dichiara, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa ha compreso quanto sopra esposto, rendendo un consenso libero e consapevole.

Firma leggibile _____

Da compilarsi in caso di assenza motivata di uno dei due genitori:

in sede di colloquio si è provveduto a contattare per via telematica il/la sig/sig.ra _____ e dopo aver verificato la sua identità si è provveduto ad informarlo/a delle finalità dell'indagine. Il/La sig/sig.ra _____ avendo compreso quanto illustrato:

- ☐ acconsente al trattamento dei dati genetici e all'utilizzo dei campioni per finalità diagnostiche
- ☐ NON acconsente al trattamento dei dati genetici e all'utilizzo dei campioni per finalità diagnostiche

Firma dello specialista _____