

Le analisi genetiche comprendono le analisi di specifici geni, del loro prodotto o della loro funzione e ogni altro tipo di analisi del DNA, dell'RNA o dei cromosomi, al fine di identificare mutazioni o anomalie nel patrimonio genetico. Le mutazioni individuate o le anomalie genetiche riscontrate possono portare a diagnosi di malattia o confermare un sospetto clinico in un individuo affetto, oppure possono evidenziare mutazioni associate ad una malattia genetica che potrà svilupparsi in un individuo non affetto (test presintomatici) o, ancora, a valutare la maggiore o minore suscettibilità di un individuo a sviluppare malattie multifattoriali (test predittivo o di suscettibilità). Per eseguire l'analisi genetica è necessario il prelievo di un campione biologico (sangue, campione epiteliale, o altro). Dal campione raccolto vengono estratti gli acidi nucleici (DNA o RNA) sui quali viene ricercata l'anomalia genetica o la mutazione, responsabile della patologia sospettata. Le metodiche applicate variano a seconda del tipo di alterazioni del DNA che è necessario studiare e che a sua volta dipende dal tipo di malattia genetica sospettata dal medico specialista.

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

C.F. _____

DICHIARO di aver ricevuto una dettagliata informazione sulle indagini genetiche che verranno eseguite in seguito al prelievo di campione biologico e di aver compreso l'utilità ed i limiti dell'analisi genetica propostami. Pertanto **ACCONSENTO** al prelievo e alla conservazione del materiale biologico per l'esecuzione di:

ACCONSENTO inoltre:

- all'utilizzo del mio campione biologico da parte di SYNLAB ITALIA SRL, con sede legale a Monza (MB), in via Martiri delle Foibe n.1 per scopo diagnostico

SI NO

- di essere consapevole che il test può essere da me revocato in qualsiasi momento dandone comunicazione scritta alla struttura SYNLAB ITALIA SRL, via Martiri delle Foibe 1, 20900 Monza (MB). Di prendere atto ed accettare che caso di revoca del consenso, il test non potrà essere eseguito. In caso di revoca del consenso dopo l'esecuzione del test, i campioni già prelevati e consegnati, nonché gli eventuali referti già emessi, verranno immediatamente distrutti, fermo restando che non sarà possibile ottenere il rimborso di quanto già pagato per l'esecuzione del test

SI NO

Data _____ Firma leggibile del/della paziente _____

Firma e Timbro del Sanitario che ha raccolto il consenso _____

.....

***** NOTA: SEZIONE DA COMPLETARSI SOLO NEL CASO IN CUI LA PERSONA CHE COMPILA IL MODULO RICHIEDA LA PRESTAZIONE NON PER SÉ MA PER CONTO DI UN MINORE/SOGGETTO TERZO *****

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver conferito dati personali relativi al soggetto sopra indicato, di poter legittimamente rilasciare i consensi al loro trattamento di cui sopra e sottoscrivere il presente modulo per conto di tale soggetto in qualità di:

1° GENITORE TUTORE ALTRO (specificare): _____

NOME: _____ COGNOME _____ nato/a a _____,
il _____, residente a _____, Via _____

Data _____ Firma leggibile _____

2° GENITORE

NOME: _____ COGNOME _____ nato/a a _____,
il _____, residente a _____, Via _____

Data _____ Firma leggibile _____