

	Io sottoscritto:	Oppure, in caso <input type="checkbox"/> di minore età ¹ , o <input type="checkbox"/> di impossibilità fisica, o <input type="checkbox"/> di incapacità d'agire, o <input type="checkbox"/> di incapacità di intendere o di volere del diretto interessato indicato a fianco con ⓘ ²	
		Io/Noi sottoscritto/i:	
Cognome:	ⓘ ⓘ	ⓘ	ⓘ
Nome:			
Nato il:/...../...../...../...../...../.....
A:			
Sesso:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		in qualità di: <input type="checkbox"/> Genitori ³ <input type="checkbox"/> Esercitante legalmente la potestà genitoriale ⁴ <input type="checkbox"/> Tutore ⁵ <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno ⁶ del diretto interessato indicato a fianco con ⓘ	
	quale diretto interessato		
Recapiti:			

dopo aver letto attentamente l'informativa sul test genetico:

Definizione del test e riferimento all'informativa

Test genetico per Sindrome di Brugada
(informativa M-DS-C90)

DICHIARO / DICHIARIAMO

(1) di avere ricevuto dal Prof. \ Dott. esaurienti informazioni in merito al significato del test genetico, nonché riguardo le modalità e i tempi di esecuzione del test e di comunicazione del risultato.

(2) di avere compreso che la finalità per la quale viene eseguito il test è:

FINALITÀ

 **Conferma molecolare di Sindrome di Brugada**

Data / Timbro e firma del medico

...../...../.....

(3) di avere potuto discutere tale informativa, di avere potuto porre domande e di avere ricevuto risposte soddisfacenti in merito alla (patologia / trattamento) ed alle implicazioni dei risultati possibili del test molecolare, avendo perfettamente compreso tutte le informazioni sopra riportate, incluso il fatto che i test sul DNA non sono esenti da possibili errori diagnostici.

(4) di essere libero inoltre da ogni condizionamento o coercizione e di essere consapevole che il presente consenso è da me revocabile in qualsiasi momento.

¹ (A) L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è, ove possibile, presa in considerazione, restando preminente in ogni caso l'interesse del minore. (B) I trattamenti di dati connessi all'esecuzione di test genetici pre-sintomatici possono essere effettuati sui minori non affetti, ma a rischio per patologie genetiche solo nel caso in cui esistano concrete possibilità di terapie o di trattamenti preventivi prima del raggiungimento della maggiore età.

² Negli altri casi di incapacità, il trattamento è consentito se le finalità perseguite comportano un beneficio diretto per l'interessato e la sua opinione è, ove possibile, presa in considerazione, restando preminente in ogni caso l'interesse dell'incapace.

³ I test sulla variabilità individuale non possono essere condotti su minori senza che venga acquisito il consenso di ambedue i genitori, ove esercitano entrambi la potestà sul minore.

⁴ Potestà genitoriale: (A) In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la potestà genitoriale, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la potestà genitoriale, ovvero di essere l'unico esercente la potestà genitoriale esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri. (B) In caso di esercizio della potestà genitoriale disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale ovvero di procura notarile dell'esercente la potestà genitoriale che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione d'autenticità della firma. (C) I test sulla variabilità individuale non possono essere condotti su minori senza che venga acquisito il consenso di ambedue i genitori, ove esercitano entrambi la potestà sul minore. (D) Se il minore ha più di 14 anni oltre alla firma dei genitori (o del tutore) deve firmare lo stesso minore.

⁵ Allegare al consenso copia dell'atto che dimostri lo stato di tutore

⁶ Allegare al consenso copia dell'atto che dimostri la nomina ad amministratore di sostegno con delega a decisioni su questioni sanitarie



CONSEQUENTEMENTE

1. Consenso all'esecuzione test genetico

<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">1</p> <p>Data</p> <p>Firma di </p> <p>Firma di </p> <p>Firma di </p> <p>Timbro e firma del medico</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> DO IL CONSENSO</p> <p>al prelievo di materiale biologico ed al trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del test genetico</p> <p style="text-align: center;">...../...../.....</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> NEGO IL CONSENSO</p> <p>al prelievo di materiale biologico ed al trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del test genetico</p> <p style="text-align: center;">...../...../.....</p>
<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">1.1</p> <p>Data</p> <p>Firma di </p> <p>Firma di </p> <p>Firma di </p> <p>Timbro e firma del medico</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> DO IL CONSENSO</p> <p>all'utilizzo del materiale biologico per approfondimenti a fini diagnostici presso il Centro che esegue le analisi</p> <p style="text-align: center;">...../...../.....</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> NEGO IL CONSENSO</p> <p>all'utilizzo del materiale biologico per approfondimenti a fini diagnostici presso il Centro che esegue le analisi</p> <p style="text-align: center;">...../...../.....</p>
<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">1.2</p> <p>Data</p> <p>Firma di </p> <p>Firma di </p> <p>Firma di </p> <p>Timbro e firma del medico</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> DO IL CONSENSO</p> <p>all'utilizzo del materiale biologico per approfondimenti a fini diagnostici presso altri Centri, anche al di fuori della Unione Europea</p> <p style="text-align: center;">...../...../.....</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> NEGO IL CONSENSO</p> <p>all'utilizzo del materiale biologico per approfondimenti a fini diagnostici presso altri Centri, anche al di fuori della Unione Europea</p> <p style="text-align: center;">...../...../.....</p>



INOLTRE

2-3. Conoscenza di risultati attesi e non attesi

2

	<input checked="" type="checkbox"/> VOGLIO CONOSCERE	<input checked="" type="checkbox"/> NON VOGLIO CONOSCERE
	i risultati del test genetico	i risultati del test genetico
Data/...../...../...../.....
Firma di ①		
Firma di ①		
Firma di ②		
Timbro e firma del medico		

3

	<input checked="" type="checkbox"/> VOGLIO CONOSCERE	<input checked="" type="checkbox"/> NON VOGLIO CONOSCERE
	eventuali notizie inattese, qualora queste ultime rappresentino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia o di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive	eventuali notizie inattese, qualora queste ultime rappresentino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia o di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive
Data/...../...../...../.....
Firma di ①		
Firma di ①		
Firma di ②		
Timbro e firma del medico		



INOLTRE

4. Eventuali consensi per la ricerca scientifica

4	<input checked="" type="checkbox"/> DO IL CONSENSO alla conservazione del campione biologico prelevato ed all'utilizzo dei dati genetici raccolti per finalità di ricerca scientifica o statistica	<input checked="" type="checkbox"/> NEGO IL CONSENSO alla conservazione del campione biologico prelevato ed all'utilizzo dei dati genetici raccolti per finalità di ricerca scientifica o statistica
	Data/...../.....
	Firma di ①	
	Firma ①	
	Firma ②	
Timbro e firma del medico		
4.1	<input checked="" type="checkbox"/> VOGLIO CONOSCERE i risultati di tali ricerche se rappresentano, a parere dei ricercatori, un beneficio concreto e diretto in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive	<input checked="" type="checkbox"/> NON VOGLIO CONOSCERE i risultati di tali ricerche che rappresentino, a parere dei ricercatori, un beneficio concreto e diretto in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive
	Data/...../.....
	Firma ①	
	Firma ①	
	Firma ②	
Timbro e firma del medico		
4.1	<input checked="" type="checkbox"/> DO IL CONSENSO alla comunicazione, da parte dei ricercatori, dei suddetti risultati a Enti di ricerca o Società terze direttamente impegnate nel progetto di ricerca o che partecipano a studi ad essa connessi, anche con sede all'estero, anche al fuori della Unione Europea	<input checked="" type="checkbox"/> NON VOGLIO CONOSCERE alla comunicazione, da parte dei ricercatori, dei suddetti risultati a Enti di ricerca o Società terze direttamente impegnate nel progetto di ricerca o che partecipano a studi ad essa connessi, anche con sede all'estero, anche al fuori della Unione Europea
	Data/...../.....
	Firma ①	
	Firma ①	
	Firma ②	
Timbro e firma del medico		

