

Consenso informato consulenza genetica (minore)

Siamo stati informati che la consulenza genetica è un atto medico che richiede uno o più incontri, può comportare l'esecuzione di accertamenti e la consultazione di documentazione personale riguardante accertamenti o ricoveri avvenuti in precedenza. In particolare ci è stato spiegato che le analisi genetiche comprendono esami eseguiti sul DNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare alterazioni nel patrimonio genetico correlate con la malattia per cui abbiamo chiesto la consulenza genetica. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

In base a tali informazioni,

I sottoscritti _____

Legali rappresentanti di _____

Residenti in _____ (Prov. _____), CAP _____

Via: _____ n. _____ Tel: _____ / _____

DICHIARIAMO di aver compreso l'utilità ed i limiti della consulenza genetica propostami, acquisito e compreso l'informativa relativa all'evento clinico corrente, ai sensi degli artt. 7 e seguenti del Reg. UE 2016/679 (GDPR).

DICHIARIAMO inoltre di voler:

SI ☐ **NO** ☐ essere informato circa i risultati della consulenza genetica

SI ☐ **NO** ☐ rendere partecipe dei risultati della consulenza al Dr. _____

ACCONSENTIAMO **SI** ☐ **NO** ☐ di essere contattati tramite e-mail al seguente indirizzo (SCRIVERE IN STAMPATELLO): _____

ACCONSENTIAMO **SI** ☐ **NO** ☐ che la fotografia e i dati clinici di nostro figlio/a e del/della sottoscritto/a, resi anonimi, possano essere utilizzati per riunioni mediche, archiviazione in database computerizzati, pubblicazioni scientifiche. Nel rispetto degli artt. 7 e seg. Del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

ACCONSENTIAMO **SI** ☐ **NO** ☐ al trattamento dei dati idonei a rilevare lo stato di salute, in maniera anonimizzata, per scopi di ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico.

AUTORIZZIAMO **SI** ☐ **NO** ☐ il medico genetista a ritirare, se necessario, i risultati degli accertamenti eseguiti.

AUTORIZZIAMO **SI** ☐ **NO** ☐ che la visita di controllo o consulenza collegata al test genetico sia eseguita per via telematica (webconference), nei casi in cui il medico non ritenga indicata una rivalutazione clinica.

AUTORIZZIAMO **SI** ☐ **NO** ☐ la comunicazione dei risultati delle ricerche e/o dei risultati di test e screening genetici agli "appartenenti della nostra stessa linea genetica" su loro richiesta "qualora tali risultati siano indispensabili per evitare un pregiudizio per la loro salute, ivi compreso il rischio riproduttivo" fatto salvo quanto stabilito dal Garante per la protezione dei Dati Personali, registro dei provvedimenti n°258, 24/06/2011, paragrafo 9, comunicazione e diffusione dei dati.

Ci impegniamo, infine, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato. Dichiariamo di avere compreso quanto sopra esposto.

Consenso informato consulenza genetica (minore)

Autocertificazione per Genitore Unico

Con la presente il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

- di essere l'unico rappresentante legale del minore
 - l'impedimento alla presenza dell'altro genitore Sig./Sig.ra _____
- che è stato informato della/e analisi genetica/che proposta/e ed esprime il proprio accordo.

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Articolo 5 dell'Autorizzazione generale al trattamento dei dati genetici del Garante per la protezione dei dati personali – Autorizzazione n.8/2016)

Gentili signori, desideriamo informarvi che il materiale biologico, i dati anagrafici e genealogici e le informazioni sullo stato di salute vostri e del minore che rappresentate saranno utilizzati soltanto nella misura in cui questi sono indispensabili per le attività necessarie a determinare i risultati del test da lei richiesto e per fornirle un'appropriate consulenza genetica. A tal fine, i campioni e i dati da lei forniti e quelli sulla sua costituzione genetica risultanti dal test sono trattati con modalità, anche informatizzate, soltanto dal personale del Laboratorio incaricato di svolgere le procedure connesse all'esecuzione del test e, eventualmente, da strutture esterne che svolgono tali attività per conto del Laboratorio.

Dopo l'esecuzione del *test* i campioni biologici vostri e del minore che rappresentate sono conservati presso il laboratorio secondo le normative vigenti. Anche i risultati del *test* sono conservati in forma cartacea o elettronica in conformità ai vigenti obblighi normativi sulla conservazione dei documenti diagnostici. Qualora abbiate acconsentito alla conservazione e/ o trasferimento presso altro laboratorio per scopo di ricerca, la informiamo che i dati verranno trattati in forma anonima.

Tali risultati verranno forniti a voi o alle persone da voi delegate per iscritto e potranno essere portati a conoscenza di terzi soltanto su vostra indicazione. I medesimi risultati non saranno comunicati ad altri soggetti, salvo che, sulla base di una specifica richiesta fondata su adeguata documentazione sanitaria, risultino indispensabili per la tutela della salute di un suo familiare.

I campioni biologici prelevati e i dati che vi riguardano sono indispensabili per lo svolgimento del test: *senza* di essi non sarà possibile eseguirlo.

Dall'esecuzione del test richiesto potrebbero essere ottenuti risultati inattesi (ad es. informazioni su rapporti di consanguineità, fattori che non correlano con l'indicazione o fattori di rischio per una condizione clinica o che possono indicare uno stato presintomatico) che vi saranno comunicati nel rispetto della vostra dichiarazione di volontà di conoscere o meno tali eventi, qualora questi rappresentino per l'interessato un beneficio concreto e diretto in termini di terapia o di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive.

Il Titolare e Responsabile del trattamento è l'Azienda ULSS 8 Berica – Viale Rodolfi, 37 – 36100 Vicenza.

☐ **ACCONSENTIAMO** ☐ **NON ACCONSENTIAMO**

al trattamento dei dati (personali, sensibili e genetici) nostri/ di colui che rappresento nel rispetto della vigente normativa italiana ed europea in materia di privacy e dell'Autorizzazione Generale del Garante al trattamento dei dati genetici (Autorizzazione n.8/2016) esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e ricerca scientifica (in quest'ultimo caso i dati saranno trattati in forma rigorosamente anonima), e sono consapevole che potrò revocare tale consenso in qualsiasi momento.

Data _____

Legali rappresentanti: Firma _____

Firma _____

Sanitario che ha raccolto il consenso: Cognome e Nome _____

Qualifica _____ Firma _____