

	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI E DEL CAMPIONE BIOLOGICO	MODU.DP03.0001	Rev. 3
	Modulo	Data emissione 19.08.2014	Pagina 1 di 1

Dati Identificativi

_____ *Cognome e nome del paziente*

_____ *Luogo e data di nascita*

Informazione:

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

dichiara di aver fornito al/alla paziente un'informazione completa ed esauriente relativamente:

- alla seguente patologia: _____
- al trattamento dei dati personali e sensibili,
- alla comunicazione degli esiti di test genetici
- alla conservazione dei campioni

Tramite colloquio personale consegna di scheda informativa scritta _____

Data ___/___/20___

_____ *Timbro e firma dell'operatore sanitario*

Espressione e Acquisizione del Consenso Informato

Io, sottoscritto/a _____

avendo ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente circa l'uso del campione e dei dati, consapevole di ciò che comporta il mancato consenso ad una o più delle opzioni di seguito riportate, ed essendo a conoscenza della possibilità di **REVOcare** il presente consenso in qualsiasi momento.

Dichiaro di

ACCETTARE / **NON ACCETTARE** che vengano trattati i miei dati personali, sensibili e genetici per finalità di tutela della salute presso l' AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

ACCETTARE / **NON ACCETTARE** che venga trattato il materiale biologico che si rende necessario prelevare e conservare per l'esecuzione dei test diagnostici richiesti.

ACCETTARE / **NON ACCETTARE** che i campioni vengano conservati per

- ulteriori indagini relative alla malattia per cui è stata richiesta l'analisi
- studi e ricerche scientifiche, con garanzia della massima riservatezza.

ACCETTARE / **NON ACCETTARE** che i risultati delle indagini diagnostiche ovvero dei dati clinici vengano resi disponibili se comportano, per i familiari, un beneficio concreto in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza delle scelte riproduttive

AUTORIZZARE che i risultati delle indagini diagnostiche vengano comunicate a:

SOLO A / **ANCHE A:** _____

Data ___/___/20___

_____ *Firma del Paziente*

_____ *Timbro e firma del medico*

Io sottoscritto/a _____

in data ___/___/20___

dichiaro di REVOcare il consenso

_____ *Firma del Paziente*

_____ *Timbro e firma del medico*