

	<b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI E DEL CAMPIONE BIOLOGICO</b>	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*