

**REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA**
Direttore: *prof. Giorgio Palù*

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST GENETICI

Il/la sottoscritto/a nato/a il a
residente a Via
tel

In qualità di esercente la potestà sul minore
nato/a il a

DICHIARA di

- Essere stato/a adeguatamente informato/a sugli aspetti genetici della malattia di cui soffro e sull'utilità ed i limiti dell'analisi genetica propostami.
- Volere Non volere essere informato/a sul risultato delle analisi effettuate
- Volere Non volere informare i miei familiari del risultato del test genetico in me eseguito
- Volere Non volere informare dei risultati di queste indagini il mio medico di medicina generale (Dr. Tel.....).

DICHIARA altresì di

- Volere Non volere che il mio campione biologico venga utilizzato per altre indagini genetiche relative a questo studio
- Volere Non volere che il mio campione biologico venga utilizzato, con garanzia di massima riservatezza, per ricerche scientifiche
- Volere Non volere essere informato degli eventuali risultati delle suddette ricerche

Tutti gli aspetti relativi ai miei dati personali saranno gestiti in osservanza della legislazione sulla Protezione dei Dati Personali.

Ciò premesso, **ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine proposta. Comunicherò tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione relativamente a quanto dichiarato.

Data e firma del paziente

Data e firma del medico che ha raccolto il consenso

Via Giustiniani 2 - 35128 Padova
Tel. 0498272350-8213050 (Direzione) - 0498213051-8213088 (Segreteria) - Fax 0498213054-8211997

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
Direttore: *prof. Giorgio Palù*

RICHIESTA DI ESAMI DI DIAGNOSTICA MOLECOLARE

(si prega di compilare accuratamente)

Paziente: Nome: Cognome:

Data di nascita:/...../..... Città:

Indirizzo:

..... Tel:

Consenso informato (obbligatorio per i test genetici): SI NO

Esame richiesto:

1. Diagnosi clinica:

2. Neoplasie, malattie genetiche:

3. Familiarità:

4. Indagini radiologiche:

5. Esami di laboratorio:

6. Altro:

Medico referente: Nome: Cognome:

Indirizzo:

Tel.: E-mail:

Data: Firma:

Via Giustiniani 2 - 35128 Padova
Tel. 0498272350-8213050 (Direzione) - 0498213051-8213088 (Segreteria) - Fax 0498213054-8211997