



SCHEDA DI ACCETTAZIONE ANALISI CITOGENETICA, CITOGENETICA MOLECOLARE E MOLECOLARE - CONSENSO TRATTAMENTO DATI PAZIENTE MINORE O TUTELATO

Etichetta identificativa paziente

DATA PRELIEVO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ESAME RICHIESTO \_\_\_\_\_

I Sottoscritti:

Nome e Cognome del padre \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_, il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_,

Tel: \_\_\_/\_\_\_

Nome e Cognome della madre \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_, il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_,

Tel: \_\_\_/\_\_\_

Tutore/Curatore (come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_, il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_,

Tel: \_\_\_/\_\_\_

GENITORI O TUTORE DI: \_\_\_\_\_ nato/a a: \_\_\_\_\_,

il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INDICAZIONE ALL'ANALISI:

SOSPETTO CLINICO: \_\_\_\_\_

(Specificare il tipo di sospetto)

CONSENSO TRATTAMENTO DATI PAZIENTE PER ANALISI CITOGENETICA CITOGENETICA MOLECOLARE E MOLECOLARE SU SANGUE PERIFERICO IN MINORE O TUTELATO

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 predisponenti allo sviluppo di malattie. 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. Il laboratorio non è tenuto a conservare i materiali biologici, anche nel caso in cui non sia stato utilizzato l'intero campione prelevato; le eventuali eccedenze vengono eliminate. I dati sensibili verranno trattati in conformità, come espressamente previsto dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, dal D. Lgs. 10/08/2018 n. 101 e nel Provvedimento dell'Autorità Garante "Autorizzazione generale al trattamento dei dati genetici".

Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione della prestazione, qualora il paziente non acconsenta, non si potrà procedere in tutto o in parte all'esecuzione della prestazione stessa. Le analisi verranno eseguite e i campioni conservati, in centri altamente specializzati, le cui generalità sono indicate sul referto.

Pertanto:

ACCONSENTO al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione dell'indagine

NON ACCONSENTO

Firma del/i genitore/i o del tutore/i .....

Firma del minore/tutelato (se possibile).....