



Consenso informato per lo studio del patrimonio genetico

Il sottoscritto.....acconsente che sui campioni biologici, a lui prelevati vengano compiuti studi sul suo patrimonio genetico (DNA) a scopo:

diagnostico ricerca

E' stato informato dal Dott.....U.O.....

Tel.....FAX.....e-mail.....

e dai suoi collaboratori sulle possibili implicazioni che tale studio comporta ed è cosciente che gli possono venire fornite indicazioni su predisposizioni a patologie che potrebbero coinvolgere anche componenti della sua famiglia.

Si riserva il diritto di non conoscere i risultati.

E' cosciente:

- dell'assoluta riservatezza che i ricercatori manterranno sul risultato dello studio;
- che nessuno verrà a conoscenza della Sua identità ad eccezione dei ricercatori coinvolti;
- che tutti i dati sensibili verranno criptati con apposito codice ed il legame nome-codice sarà noto solo al responsabile dello studio;
- che lo studio viene condotto a scopo diagnostico o di ricerca;
- che ci impegniamo a ricercare la mutazione c/o i nostri Laboratori già regolarmente autorizzati a tale scopo ed in possesso delle relative metodiche;
- che la comunicazione definitiva dei risultati Le verrà fornita solo dopo la nostra conferma con riservatezza e cautela ed inoltre saranno fornite tutte le ulteriori spiegazioni del caso comprese eventuali Sue curiosità o domande;
- che lo studio si configura come una donazione e quindi si rinuncia ad ogni possibile beneficio commerciale;
- che i campioni verranno conservati a tempo indeterminato ferma restando la sua possibilità di richiederne una definitiva eliminazione in ogni momento

Ai sensi del Decreto Legge n° 196/03 (Art. 7 e 13) relativo alla tutela delle persone per il trattamento dei dati personali, La informiamo che i Suoi dati personali verranno raccolti ed archiviati in modo adeguato. Lei ha diritto, se lo vuole, di sapere quali informazioni saranno archiviate ed in quale modo. L'accesso a tali dati sarà consentito solo a personale autorizzato. Il Comitato Etico di questo Ospedale, le Autorità Sanitarie ed il personale medico addetto alla verifica dei dati/procedure, potranno ispezionare l'archivio senza però poter risalire alla Sua personale identità.

Acconsente infine alla pubblicazione dei risultati scientifici derivanti dall'analisi del Suo genoma, purché nell'assoluto anonimato.

Il presente consenso può essere annullato anche dopo la firma, in qualsiasi momento, senza alcun pregiudizio del normale rapporto medico-paziente o medico-famiglia come stabilito dal codice deontologico.

Data.....

**Firma del paziente
genitore/tutore** (in caso di minorenni)

Firma del Medico Ricercatore