







**MODULO DI CONSENSO INFORMATO per ANALISI MOLECOLARI**

La/il sottoscritta/o (in caso di minori o persone non in grado di autodeterminarsi inserire i dati del paziente)  
 \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ )  
 il \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Familiare da contattare in caso di impossibilità a ritirare il referto:

Cognome Nome: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**± Compilare in caso di paziente minore, interdetto o con amm.re di sostegno riferito ad atti sanitari ±**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, nata/o il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ in qualità di:

- genitore 1 (\*)  tutore (\*\*)
- amm.tore di sostegno (\*\*)(\*\*\*)

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, nata/o il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ in qualità di  genitore 2 (\*)

(\*) In caso di assenza di un genitore, quello presente compila e sottoscrive sotto la propria responsabilità il modulo di autocertificazione, attestante la condizione di lontananza o impedimento dell'altro genitore; deve essere conservato insieme al modulo di consenso

(\*\*) Deve essere allegato l'atto di nomina del Giudice tutelare. (\*\*); l'atto di nomina deve essere riferito anche ad atti sanitari

**DICHIARA di**

- aver ricevuto dalla Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_ una dettagliata informazione sulle analisi molecolari richieste;
- essere stata/o informata/o del fatto che le analisi molecolari comprendono esami sul DNA o RNA, allo scopo di individuare varianti nel patrimonio genetico predisponenti allo sviluppo di malattie e per eventuali implicazioni terapeutiche;
- essere stata/o informata/o in merito agli aspetti genetici della predisposizione allo sviluppo di tumori e di aver compreso l'utilità, i limiti, i tempi di risposta delle analisi molecolari proposte e le implicazioni dei suoi risultati e di aver ricevuto risposte esaurienti ad ogni quesito posto;
- aver ricevuto e preso visione del foglio informativo;

**Pertanto, con la consapevolezza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento,**

**ACCETTA**

**NON ACCETTA**

di essere sottoposta/o al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione di analisi volte all'individuazione di alterazioni molecolari utili ai fini di una terapia sistemica antitumorale personalizzata e/o predisponenti allo sviluppo di tumori mediante sequenziamento (Next generation Sequencing, NGS) e/o altri metodi di indagine qualora si dovessero rendere necessari.

Consapevole delle finalità e delle limitazioni, **DICHIARA** inoltre di

<input type="checkbox"/> volere	<input type="checkbox"/> non volere	essere informata/o circa i risultati delle analisi
<input type="checkbox"/> volere	<input type="checkbox"/> non volere	che i risultati dell'analisi vengano comunicati ad altri membri della famiglia
<input type="checkbox"/> volere	<input type="checkbox"/> non volere	Rendere partecipe dei risultati altri professionisti coinvolti nel percorso diagnostico
<input type="checkbox"/> volere	<input type="checkbox"/> non volere	Che l'IRST IRCCS possa acquisire la documentazione clinica relativa al caso
<input type="checkbox"/> volere	<input type="checkbox"/> non volere	Conservare il materiale, se non esaurito, per nuove rivalutazioni molecolari a scopo diagnostico-terapeutico, in accordo con quanto definito nel foglio informativo
<input type="checkbox"/> volere	<input type="checkbox"/> non volere	Che il materiale biologico venga usato dopo l'esecuzione del test, secondo le norme vigenti, per studi biologici, validazione metodi analitici e pubblicazioni scientifiche, previa approvazione del Comitato Etico competente

Infine, in merito ad eventuali "risultati inattesi" **DICHIARA** di:

<input type="checkbox"/> volere	<input type="checkbox"/> non volere	essere informata/o anche in relazione a eventuali risultati inattesi di rilevanza clinica, che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza delle scelte riproduttive
---------------------------------	-------------------------------------	---

Data |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Firma della/del paziente \* \_\_\_\_\_

Firma di eventuale interprete

Medico richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[timbro e firma]

Consenso revocato in data |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Firma dell'interessata/o del suo legale rappresentante\*

Firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

\* In caso di paziente minore, interdetto o amministrato firma di: entrambi i genitori / tutore / amministratore di sostegno riferito ad atti sanitari

**Parte riservata a chi raccoglie e illustra il consenso:**

Richiedo l'esecuzione sul campione biologico dell'analisi molecolare per:

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_