

## CONSENSO INFORMATO per Screening Cancro al Colon-Retto (Cologuard®)

<i>Il/La sottoscritto/a</i>	(nome e cognome )	
<i>nato/a il</i>	gg/mese/anno / /	Codice Fiscale
<i>Indirizzo al quale inviare il risultato</i>	via	n
	(città, provincia, paese)	
<i>telefono</i>		<i>e-mail</i>

### IN QUALITÀ DI DIRETTO/A INTERESSATO/A

<b>DICHIARO:</b>		
di aver letto l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi, di averne compreso il contenuto, di aver ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti di Cologuard® e di averne compreso sia l'utilità che i limiti		
<i>di essere a conoscenza di quanto sotto riportato:</i>		
per effettuare l'analisi è necessario un campione di feci che verrà utilizzato per l'analisi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
il campione biologico verrà inviato a Exact Sciences (U.S.A.) per l'esecuzione delle analisi oggetto di questo consenso	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
i risultati dell'analisi sono disponibili dopo circa 20 lavorativi giorni dalla data del prelievo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
l'indagine fornisce informazioni unicamente in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata la richiesta di analisi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
il campione inviato sarà utilizzato esclusivamente al fine di effettuare lo screening per il cancro al colon	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
che per essere analizzato il campione da me inviato deve rispettare i criteri di accettabilità dello stesso indicati nel foglio illustrativo allegato al kit di prelievo, pena la necessità di dover ripetere il campionamento	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
in caso di positività, è consigliabile rivolgersi ad uno specialista per confermare l'esito tramite colonscopia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
delle informazioni di cui all'articolo 13 del D.lgs. 196/2003 (legge sulla Privacy)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

<i>di acconsentire:</i>		
all'utilizzo del campione biologico per l'esecuzione dell'indagine richiesta	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
al trattamento dei miei dati che rientrano nel novero dei dati personali e dei dati sensibili di cui all'articolo 23-26 D.lgs. 196/2003	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
di essere messo a conoscenza dei risultati dell'indagine	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
alla conservazione dei risultati, con garanzia della massima riservatezza, per almeno 10 anni, presso il laboratorio	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
a rendere partecipe dei risultati il Suo Medico Curante	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
_____ (Cognome e Nome del Medico Curante)		

DATA \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Vi invitiamo a trasmettere questo modulo via fax al numero 0498706696 o tramite mail a infotest@researchinnovation.com e a disporre una copia nel kit di spedizione**