

ANALISI PANNELLI GENETICI

SEQUENZIAMENTO MEDIANTE NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS Grado clinico)

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE O TUTELATO:		
(nome e cognome)	(Data di nascita)	(Codice fiscale)

DATI ANAGRAFICI DI ENTRAMBI I GENITORI O DEL TUTORE:		
lo sottoscritto/a:	(nome e cognome)	
nato/a il:	gg/mese/anno / /	Codice Fiscale
residente in:	via _____ n _____	Citta, provincia, paese
in qualità di:	<input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Tutore	

lo sottoscritto/a:	(nome e cognome)	
nato/a il:	gg/mese/anno / /	Codice Fiscale
residente in:	via _____ n _____	Citta, provincia, paese
in qualità di:	<input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Tutore	

IN QUALITÀ DI DIRETTO INTERESSATO

DICHIO:

di aver letto l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi, di averne compreso il contenuto e di aver ottenuto informazioni dettagliate sul significato e su i limiti dell'indagine genetica richiesta.

di essere a conoscenza di quanto sotto riportato:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| per effettuare l'analisi è necessario un prelievo di sangue periferico che verrà utilizzato per estrarre il DNA necessario per l'analisi | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| i rischi connessi al prelievo del campione sono di minima entità | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| i risultati dell'analisi sono disponibili dopo 30-60 giorni dalla data di arrivo del campione in laboratorio (eventuali tecniche e indagini aggiuntive che si rendessero necessarie per la valutazione dei risultati saranno comunicate e potranno richiedere tempi di refertazione più lunghi) | <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 |
| in alcuni casi è necessario confermare la relazione di parentela con il probando | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| il campione verrà usato solo per l'indagine richiesta e non per altri scopi | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| non mi è permesso l'accesso ad altri miei dati genetici emergenti da questa analisi, e dai processi analitici ad essa correlati, se non su specifica richiesta del medico specialista | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del mio DNA, anche quella dei mie familiari stretti e che questo può avvenire o nello stesso momento o in periodi diversi | <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 |

di acconsentire:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 conferma della relazione di parentela, se necessario | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| alla comunicazione di eventuali risultati accidentali | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| all'invio del referto, per via telematica, all'Ente che ha raccolto il mio campione | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| alla conservazione per almeno 10 anni , presso il laboratorio, del campione e dei risultati | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| a rendere partecipe dei risultati il Prof./Dott. | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

(Cognome e Nome)

DATA _____

Firma del Genitore/Tutore _____

DATA _____

Firma del Medico che ha fornito le
informazioni _____

Research&Innovation srl

Torre della Ricerca
C.so Stati Uniti, 4 int. F
35127 Padova
Tel: 0498705062 – fax: 0498706696
www.researchinnovation.com
info@researchinnovation.com

Copia per il Laboratorio



ANALISI PANNELLI GENETICI

SEQUENZIAMENTO MEDIANTE NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS Grado clinico)

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE O TUTELATO:		
(nome e cognome)	(Data di nascita)	(Codice fiscale)

DATI ANAGRAFICI DI ENTRAMBI I GENITORI O DEL TUTORE:		
<i>lo sottoscritto/a:</i>	(nome e cognome)	
<i>nato/a il:</i>	gg/mese/anno / /	Codice Fiscale
<i>residente in:</i>	via _____ n _____	Citta, provincia, paese
<i>in qualità di:</i>	<input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Tutore	

<i>lo sottoscritto/a:</i>	(nome e cognome)	
<i>nato/a il:</i>	gg/mese/anno / /	Codice Fiscale
<i>residente in:</i>	via _____ n _____	Citta, provincia, paese
<i>in qualità di:</i>	<input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Tutore	

IN QUALITÀ DI TUTORE DEL MINORE

DICHIARO:

di aver letto l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi, di averne compreso il contenuto e di aver ottenuto informazioni dettagliate sul significato e su i limiti dell'indagine genetica richiesta.

di essere a conoscenza di quanto sotto riportato:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| per effettuare l'analisi è necessario un prelievo di sangue periferico che verrà utilizzato per estrarre il DNA necessario per l'analisi | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| i rischi connessi al prelievo del campione sono di minima entità | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| i risultati dell'analisi sono disponibili dopo 30-60 giorni dalla data di arrivo del campione in laboratorio (eventuali tecniche e indagini aggiuntive che si rendessero necessarie per la valutazione dei risultati saranno comunicate e potranno richiedere tempi di refertazione più lunghi) | <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 |
| in alcuni casi è necessario confermare la relazione di parentela con il probando | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| il campione verrà usato solo per l'indagine richiesta e non per altri scopi | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| non mi è permesso l'accesso ad altri miei dati genetici emergenti da questa analisi, e dai processi analitici ad essa correlati, se non su specifica richiesta del medico specialista | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del mio DNA, anche quella dei mie familiari stretti e che questo può avvenire o nello stesso momento o in periodi diversi | <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 |

di acconsentire:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 conferma della relazione di parentela, se necessario | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| alla comunicazione di eventuali risultati accidentali | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| all'invio del referto, per via telematica, all'Ente che ha raccolto il mio campione | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| alla conservazione per almeno 10 anni , presso il laboratorio, del campione e dei risultati | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| a rendere partecipe dei risultati il Prof./Dott. | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

(Cognome e Nome)

DATA _____

Firma del Genitore/Tutore _____

DATA _____

Firma del Medico che ha fornito le
informazioni _____

Research&Innovation srl

Torre della Ricerca
C.so Stati Uniti, 4 int. F
35127 Padova
Tel: 0498705062 – fax: 0498706696
www.researchinnovation.com
info@researchinnovation.com

Copia per il PAZIENTE

