



**Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi**

## **D.A.I. SPECIALITA' MEDICO-CHIRURGICHE**

S.O.D. Chirurgia dell'Apparato Digerente  
Direttore: **Prof. Francesco Tonelli**

Largo G.A. Brambilla n°3  
50134 - FIRENZE

Tel. 055 7947449 - 4271338  
Cell. 320.9225494

### **CONSENSO INFORMATO PER ANALISI GENETICHE**

Le analisi genetiche comprendono esami eseguiti su DNA e RNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare alterazioni del patrimonio genetico.

Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerare strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Il/La sottoscritto/a .....  
Nato/a a ..... (Prov. ....) il .....  
Residente in ..... (Prov. ....)  
Via .....  
..... n° tel. ....

### **DICHIARA**

Di essere stato informato/a sui contenuti e le finalità dell'analisi a cui viene sottoposto/a e di avere compreso che:

- Il campione di sangue (o di tessuto) verrà utilizzato per analizzare uno o più geni coinvolti nel morbo di Crohn e nella retto colite ulcerosa (RCU)  
Altre (specificare .....)
- L'analisi del DNA può identificare un'alterazione genetica (mutazione). La stessa mutazione può essere presente in altri membri della famiglia; da qui la necessità di fornire notizie cliniche familiari durante la consulenza genetica al fine di individuare i geni responsabili e le modalità di trasmissione degli stessi.

### **Risultati dell'analisi del DNA/RNA**

Dichiaro di aver compreso che:

- I risultati dell'analisi del DNA/RNA verranno conservati presso la Sezione di Chirurgia del Dipartimento di Fisiopatologia Clinica (convenzionata con l'Azienda Ospedaliera Careggi) e saranno conosciuti soltanto dal personale sanitario responsabile dell'effettuazione dell'analisi.
- I risultati dell'analisi del DNA/RNA sono coperti dal segreto professionale e quindi non potranno essere rivelati ad altre persone/organizzazioni, senza il mio consenso scritto.

- I risultati dell'analisi del DNA/RNA possono essere utilizzati per l'analisi di altri membri della famiglia che però verranno da me contattati.

**ACCONSENTO** a che i risultati dell'analisi del DNA da me effettuata vengano resi disponibili alle seguenti persone:

Medico curante Dr. (specificare) .....

Altri (specificare).....

### **CONSERVAZIONE DEL CAMPIONE**

Dopo il completamento delle analisi:

- Il campione verrà conservato nel Laboratorio della Chirurgia; il campione potrà essere riesaminato se saranno disponibili nuovi metodi di indagine.
- Il campione non sarà utilizzato per altri scopi eccetto quello per cui è stato fornito il mio consenso scritto.

### **RICERCA**

Dopo il completamento delle analisi:

Acconsento che il mio campione (reso anonimo) venga utilizzato per la ricerca della Sezione di Chirurgia

Oppure

Il mio campione non potrà essere utilizzato per scopi di ricerca.

Firma \_\_\_\_\_

Firma del medico e/o biologo che ha raccolto il consenso:

Dr.ssa Cecilia Malentacchi



Prof. Francesco Tonelli

