

CONSENSO INFORMATO

Informativa in merito all'applicazione del D.Lgs n.196 del 30 giugno 2003 – "Codice in materia di protezione dei dati personali" (c.d. Codice Privacy) e dell'Autorizzazione all'effettuazione dei test genetici.

Io sottoscritto SCUTELLA ROSA R TAVERNA CARMELO.....

Madre/padre di TAVERNA MIRKO R TAVERNA FABIO.....

dichiaro di essere adeguatamente informato dal/la Dott/essa.....
che sottoscrive in calce il presente modulo per conferma, riguardo alle procedure, tecniche e finalità dell'iter diagnostico. Pertanto, in base all'informativa che ho avuto e che ritengo completa ed esaustiva, pur cosciente che i dati personali e familiari, la loro acquisizione, elaborazione ed anche il loro confronto con altri specialisti sono assolutamente necessari ed indispensabili per una corretta valutazione genetica, dispongo quanto segue :

riguardo all'aspetto epidemiologico :

- i dati relativi alla mia/di mio figlio/a vengano trattati a scopo esclusivamente epidemiologico senza possibilità di identificazione.

☒ Acconsento
☐ Non acconsento

Riguardo alla visita genetica :

- mi è stato spiegato che la fotografia e/o il filmato fa parte della valutazione clinica genetica potendo essere uno strumento diagnostico insostituibile che documenta segni clinici non descrivibili e talora non più recuperabili in quanto potrebbero modificarsi nel tempo

☒ Acconsento all'esecuzione di fotografie e/o il filmati e all'eventuale archiviazione in siti web protetti da password e riservati a personale medico e specialistico per un eventuale ulteriore contributo diagnostico da parte di altri esperti anche internazionali
☐ Non acconsento

- Se necessario, che tutta la documentazione clinica e scientifica che riguarda me/mio figlio/a venga discussa in incontri di gruppi di studio italiani e internazionali ed eventualmente di pubblicare il caso mio /di mio figlio/a sulla letteratura scientifica

☒ Acconsento

☐ Non acconsento

Riguardo ai test genetici proposti :

- Sarò Informato :
 1. sullo scopo del prelievo (e sui limiti, sulle caratteristiche, sulla possibilità di falsi positivi/falsi negativi, implicazioni per l'individuo, la famiglia e/o il nascituro);
 2. sul fatto che un campione biologico possa essere conservato presso la Banca del DNA del laboratorio secondo modalità che garantiscono l'anonimato al fine di un ulteriore esame che si possa successivamente ritenere necessario ed indispensabile al quesito diagnostico iniziale ;
 3. sul fatto che, dopo il completamento delle indagini diagnostiche, parte del materiale possa essere usato a scopi scientifici nel nostro laboratorio o in altre strutture in rapporto di collaborazione scientifica. I risultati ottenuti possono essere divulgati in ambito scientifico, purchè nell'assoluto rispetto dell'anonimato.

☒ Acconsento

☐ Non acconsento

Riguardo ai risultati di tutto quanto sopra :

- ☐ chiedo di non essere informato
- ☒ chiedo di essere informato personalmente
- ☐ chiedo di essere informato attraverso il mio medico curante

Clausola finale :

Mi riservo la facoltà di avere libero accesso a tutti i miei dati personali e di chiedere eventuali modifiche a quanto indicato sopra.

Catanzaro li. 16.12.13.

Firma del paziente

Scatella Rosa (mamma di Fabio Tavena)
Caruccio Carullo papà di Fabio Tavena

Firma del genetista

