

DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E DIAGNOSTICA  
DIPARTIMENTO RIPRODUZIONE E ACCRESCIMENTO  
SEZIONE E U.O. DI GENETICA MEDICA  
Direttore: Prof.ssa Alessandra Ferlini  
<http://www.unife.it/medicina/geneticamedica>

MOD-006-UOGM

**INFORMATIVA PER ANALISI GENETICA POSTNATALE  
(DEFINIZIONE DELL'ASSETTO GENOTIPICO DI GENI E REGIONI GENOMICHE)**

**Durante il colloquio in consulenza genetica** Le hanno spiegato che:

- l'indagine è finalizzata ad individuare mutazioni/variazioni a carico di geni/regioni geniche coinvolte nella patologia \_\_\_\_\_ ;
- la diagnosi molecolare ha sensibilità e accuratezza dipendenti rispettivamente dal gene indagato e dalla metodica utilizzata;
- in caso di presenza di mutazione/variazione, l'analisi molecolare conferma o supporta un quesito diagnostico clinico ma non consente di per sé di porre diagnosi di malattia, che deve essere confermata da dati fenotipici e che potrebbe anche manifestarsi solo in età avanzata e/o in forma lieve o anche essere asintomatica;
- correlazioni tra tipo di mutazione e gravità/precocità di insorgenza della patologia sono spesso possibili, ma non sempre la prognosi genetica è legata alla presenza della mutazione e altri fattori possono modulare il fenotipo;
- la negatività del test genetico non esclude la presenza di una patologia genetica con possibile ricorrenza nei familiari;
- l'informazione genetica è (e sarà) strettamente riservata come disposto dal decreto sulla tutela dei dati personali (decreto legislativo 196/2003);
- per tutte le analisi genetiche eseguite presso il laboratorio di questo Servizio riceverà responso scritto che sarà consegnato [ ] personalmente, [ ] per lettera, [ ] via fax (numero \_\_\_\_\_). I tempi e modi sono consultabili presso il sito del Servizio:  
[http://www.unife.it/genetica\\_emilia\\_romagna](http://www.unife.it/genetica_emilia_romagna);
- per le analisi genetiche NON eseguibili presso il laboratorio di questo Servizio il campione biologico verrà inviato (debitamente de-identificato) al Laboratorio di \_\_\_\_\_ (Dott. \_\_\_\_\_) che assicura l'effettuazione dell'esame, con modalità certificate ed accreditate, in tempi utili per il perfezionamento delle informazioni ai sensi della legge 194/1978;
- il campione biologico sarà conservato fino a un massimo di 6 mesi per eventuale ripetizione degli esami;
- il campione biologico potrà essere conservato (debitamente in forma anonima), successivamente ai 6 mesi, per ulteriori 10 anni, per effettuare eventuale ricerca medica;
- l'esame può mettere in luce la paternità terza; in tal caso potrebbero essere tratte conclusioni interpretative non corrette.

Nome del/della paziente, se maggiorenne (in stampatello) \_\_\_\_\_  
Firma del/della paziente, se maggiorenne \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Se paziente minorenni:

Nome della madre (in stampatello) \_\_\_\_\_  
Firma della madre \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome del padre (in stampatello) \_\_\_\_\_  
Firma del padre \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome del rappresentante legale\* (in stampatello) \_\_\_\_\_  
Firma del rappresentante legale \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\*In caso sia designato, quale rappresentante legale, l'amministratore di sostegno, il Medico Sperimentatore avrà cura di verificare che l'ordinanza di affidamento da parte del Giudice Tutelare comprenda anche la tutela della salute dell'amministrato

Nome del medico che ha effettuato la consulenza genetica (in stampatello) \_\_\_\_\_  
Firma del medico che ha effettuato la consulenza genetica \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E DIAGNOSTICA  
DIPARTIMENTO RIPRODUZIONE E ACCRESCIMENTO  
SEZIONE E U.O. DI GENETICA MEDICA  
Direttore: Prof.ssa Alessandra Ferlini  
<http://www.unife.it/medicina/geneticamedica>

MOD-006-UOGM

**CONSENSO PER ANALISI GENETICA POSTNATALE  
(DEFINIZIONE DELL'ASSETTO CROMOSOMICO)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
[ ] Genitore /Rappresentante legale di \_\_\_\_\_  
dichiaro di aver bene inteso tutti i punti **discussi durante il colloquio in consulenza genetica**:

Considerati e accettati tutti questi elementi **richiedo** di effettuare l'analisi molecolare dei geni \_\_\_\_\_ su DNA da sangue periferico di me stesso/mio figlio/a

Richiedo inoltre che i dati genetici derivanti dall'analisi in oggetto vengano resi disponibili, oltre che al sottoscritto:

[Si] [No] a familiari che possano beneficiarne in termini di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive

[Si] [No] al signor/signora \_\_\_\_\_

[Si] [No] al dottor \_\_\_\_\_

Acconsento, inoltre, che i campioni biologici vengano utilizzati, oltre che per i test suddetti, anche per scopi di ricerca, purché in forma debitamente anonima e rispettando il segreto professionale.

[Si] [No]

Se paziente maggiorenne:

Nome del paziente (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Se paziente minorenni:

Nome della madre (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nome del padre (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma della padre \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nome del rappresentante legale\*(in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma del rappresentante legale \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\*In caso sia designato il rappresentante legale, il medico sperimentatore avrà cura di verificare che l'ordinanza di affidamento da parte del giudice tutelare comprenda anche la tutela della salute dell'amministrato

Nome in stampatello del medico che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_