



Le analisi genetiche comprendono un gruppo di esami eseguiti sui cromosomi, sul DNA o su qualunque altro prodotto genico. In questo ambito rientra la tipizzazione HLA per studi di associazione HLA e malattia. La tipizzazione HLA nelle patologie per le quali è appropriato effettuare questi studi fornisce una misura della suscettibilità dell'individuo a contrarle. Questa premessa rende ragione del fatto che la presenza/assenza di fattori di rischio (p.es. DQ2, DQ8 o DQB1*02 nella celiachia) consenta di valutare la maggiore o minore predisposizione di un individuo a sviluppare la malattia studiata.

Il materiale genetico su cui vengono effettuati i test è circoscritto alla regione codificante gli alleli del sistema HLA, presente sul braccio corto del cromosoma 6. Il DNA necessario all'analisi, e solo quello, resta disponibile in laboratorio per un periodo strettamente necessario al completamento del percorso diagnostico.

Io sottoscritto/a: _____ Nato/a a: _____ il: _____

Residente in: _____ Prov _____ Via _____ n° _____ Tel _____

Padre/madre/tutore di _____

DICHIARO: di aver ricevuto una dettagliata informazione sull'esame /i genetici che mi riguardano, di averne compreso i limiti e l'utilità in relazione al quesito diagnostico indicato: _____ di aver potuto porre tutte le domande che ho ritenuto opportune e di aver ricevuto risposte che considero esaurienti.

Pertanto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza:

ACCETTO NON ACCETTO che venga svolta l'analisi genetica di tipizzazione HLA e che in conseguenza dei risultati ottenuti possano essere condotte ulteriori analisi necessarie a precisare quanto osservato.

ACCETTO NON ACCETTO di essere contattato in futuro dal personale sanitario della UOC Immunoematologia e Med. Trasfusionale dell'AOUS per eventuali comunicazioni o richiesta di ulteriori prelievi qualora si rendesse necessario per motivi tecnici.

ACCETTO NON ACCETTO che i risultati delle analisi vengano usati, con garanzia della massima riservatezza, per studi o ricerche scientifiche ed eventuali pubblicazioni nell'ambito di collaborazioni nazionali ed internazionali

Firma (del paziente o chi ne fa le veci)

Firma di chi ha illustrato e raccolto il consenso

Data, _____

Inoltre indico di:

VOLERE NON VOLERE rendere disponibili i risultati dell'esame genetico eseguito ai componenti del mio nucleo biologico, su eventuali richieste da parte del personale sanitario.

VOLERE NON VOLERE comunicare i risultati delle indagini diagnostiche ai seguenti soggetti (i risultati saranno comunicati solo personalmente o tramite posta raccomandata) :

Sottoscritto Medico Dr. _____

VOLERE NON VOLERE Essere reperibile tramite il Sig. _____ Telefono _____

DI essere a conoscenza di poter **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento.

REVOCA CONSENSO: Io sottoscritto/a _____ in data _____
Dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso Firma _____

Il personale sanitario che ha accesso ai dati personali si attiene alle norme della **Legge sulla privacy: Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196**-Codice in materia di protezione dei dati personali. **Provvedimento 22.02.2007, GU 159 del 11 /07 /2011** – Autorizzazione del Garante al trattamento dei dati genetici.

Firma (del paziente o chi ne fa le veci)

Firma di chi ha illustrato e raccolto il consenso

Data, _____