

1. ANAGRAFICA DEL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a: Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ Il: _____ / _____ / _____ Codice Fiscale: _____

In caso di minore/tutelato) Rappresentato da (Genitore/Tutore): _____

2. Tipologia di Test Genetico Richiesto

Il sottoscritto viene informato che la richiesta diagnostica prevede l'esecuzione del seguente test genetico (barrare la casella di interesse):

- **Genetica Oncologica (Predisposizione Ereditaria ai Tumori):** Es. geni BRCA1/BRCA2.
- **Genetica Costituzionale / Screening Portatori:** Analisi del cariotipo, screening per Fibrosi Cistica.
- **Altro esame genetico:** _____

Denominazione specifica del test/gene/pannello: _____

3. Informative Obbligatorie sulle Implicazioni del Test

- **Significato Clinico ed Esiti Possibili:** Il test può dare esito *Positivo* (identificazione di una variante patogenetica), *Negativo* (assenza della variante cercata, che tuttavia non esclude al 100% ogni rischio genetico) oppure *Incerto* (variante dal significato clinico non ancora noto o VUS).
- **Implicazioni Familiari:** I risultati possono fornire informazioni indirette sulla mappa genetica dei consanguinei (figli, fratelli, genitori), comportando la necessità o l'opportunità di estendere lo screening ai familiari.
- **Implicazioni Psicologiche e Assicurative:** L'esito può generare stress emotivo o ansia per il proprio futuro sanitario. Il paziente è conscio che lo stato di portatore o la predisposizione genetica potrebbero dover essere dichiarati in ambito assicurativo o stipulando polizze vita, secondo le normative vigenti.
- **Reperti Incidentali:** L'analisi del DNA potrebbe occasionalmente rivelare informazioni non correlate al quesito clinico principale (es. non paternità biologica o predisposizione ad altre malattie).

4. Diritti del Paziente (Diritto di "Non Sapere" e Revoca)

Il paziente gode di pieni diritti di autodeterminazione sul proprio patrimonio genetico.

Selezionare le opzioni desiderate:

- **Diritto di non sapere:**
 - Desidero conoscere qualsiasi risultato emerga dall'analisi.
 - Desidero conoscere solo i risultati direttamente correlati al quesito clinico, rifiutando di conoscere eventuali reperti incidentali.

Diritto di blocco dell'analisi: Il sottoscritto è consapevole di poter **ritirare il presente consenso e bloccare il referto** in qualsiasi momento antecedente al ritiro dello stesso, senza dover fornire giustificazioni

5. Dichiarazione di Consenso e Sottoscrizione

Io sottoscritto/a, confermo di aver discusso con il medico di base/specialista le finalità, i limiti, i benefici e i rischi del test. Ho compreso appieno le implicazioni familiari e assicurative e i miei diritti di revoca.

- ☐ **ACCONSENTO** al prelievo biologico e all'esecuzione del test genetico sopra indicato.
- ☐ **ACCONSENTO** al trattamento dei miei dati genetici e sensibili per le sole finalità diagnostiche descritte.
- ☐ **ACCONSENTO** *[Opzionale]* all'utilizzo del campione residuo, in forma rigorosamente anonima, per fini di ricerca scientifica e validazione dei test.

Data: _____

Firma del Paziente (leggibile): _____

Firma del Medico Genetista / Specialista: _____