

Dati Paziente				
Nome:		Cognome:		
Sesso: M F				
Data di nascita:		Luogo di nascita:		
Residente in:				
Codice fiscale:				
Tel/fax:		E-mail:		
Medico inviante				
Nome:		<i>Timbro del medico o della struttura inviante</i>		
Cognome:				
Ragione sociale:				
Recapito per comunicazioni urgenti:				
Esame richiesto		Materiale inviato		
		Tampone buccale	EDTA	Litio Eparina
LRGM1	Celiachia			
LRGM2	Intolleranze alimentari su base genetica			
LRGM3	Lattasi			
LRGM4	Dislipidemia			
LRGM5	Fattore II della coagulazione			
LRGM6	Fattore V di Leiden			
LRGM7	MTHFR			
LRGM8	Fibrosi Cistica (57 mutazioni + polimorfismo tn)			
LRGM9	Fibrosi Cistica (36 mutazioni + polimorfismo tn)			
LRGM10	Fibrosi Cistica (63 mutazioni + polimorfismo tn + 8 microdelezioni)			
LRGM11	Fibrosi Cistica (sequenziamento completo)			
LRGM12	Sordità non sindromica			
LRGM13	FRAXA (Sindrome X Fragile)			
LRGM14	Talassemia Beta (23 mutazioni)			
LRGM15	QF-PCR (quantitative fluorescence PCR per cromosomi 13-18-21-X-Y)			Programmare il ritiro
LRGM16	UPD (Disomia Uniparentale)			
LRGM17	Cariotipo da sangue			Programmare il ritiro
LRGM20	Emocromatosi (3 mutazioni C282Y, H63D, S65C)			
LRGM23	HLA B27			
LRGM24	ApoE			
ALTRO				
Con la firma di questo modulo di richiesta di esame si certifica che il soggetto da cui è stato raccolto il campione biologico non è affetto da malattia infettiva diffusa.				
		<i>Firma del medico</i>		
Data del prelievo:				
Ora del prelievo:				
Firma del paziente:				

Le analisi genetiche comprendono le analisi di specifici geni, del loro prodotto o della loro funzione e ogni altro tipo di analisi del DNA, dell'RNA o dei cromosomi, al fine di identificare mutazioni al patrimonio genetico che causano o predispongono allo sviluppo di diverse condizioni. Tutti i risultati delle analisi genetiche sono strettamente riservati e sottoposti al vincolo del segreto professionale. Ogni tipo di materiale biologico prelevato viene conservato in modo anonimo ai sensi della legge sulla privacy (D. Lgs. 30 giugno 2003, n°196) e la possibilità di risalire ai dati identificativi del campione è riservata solo al personale autorizzato.

Il sottoscritto/a _____ DICHIARA di aver ricevuto un'informazione chiara e dettagliata sulle caratteristiche cliniche e genetiche della condizione per la quale verrà eseguita l'analisi genetica e sulle implicazioni ed i limiti del test genetico. Pertanto

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

che il materiale genetico estratto dal campione biologico sia usato, con garanzia della massima riservatezza, per i fini diagnostici richiesti e di essere informato sul risultato ottenuto.

Data ____/____/____

Firma _____

(in caso di minori firma del genitore o dell'esercente la tutela)

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELL'ESECUZIONE DI TEST GENETICI PRESSO LABORATORI A CIO'AUTORIZZATI

La Struttura Sanitaria alla quale Lei si è affidato/a effettuerà un trattamento dei dati genetici finalizzati a compiere una diagnosi o a confermare un sospetto clinico (test diagnostico), oppure a individuare o escludere la presenza di una mutazione associata ad una malattia genetica che possa svilupparsi (test presintomatico) o, ancora, a valutare la Sua maggiore o minore suscettibilità a sviluppare patologie comuni (test predittivo), oppure a individuare dei fattori genetici, che possano evidenziare alcuni aspetti del suo stile di vita. Tale attività avverrà tramite apposito test genetico, test farmaco-genetico, test sulla variabilità individuale, eseguito presso un laboratorio esterno autorizzato a cui seguirà la trasmissione del risultato alla Struttura a cui si è rivolta/o a mezzo cartaceo o elettronico. La Struttura si occuperà della comunicazione del risultato con apposito colloquio di commento. I Suoi dati personali, sensibili e genetici, saranno perciò trattati da incaricati del trattamento di Laboratori Riuniti S.r.l. . La informiamo che, salvo le attività organizzative strettamente indispensabili, Laboratori Riuniti S.r.l. procederà al trattamento disgiunto dei dati genetici e sanitari dagli altri Suoi dati personali che permettono di identificarla direttamente. Con apposita richiesta scritta, Lei ha facoltà di limitare l'ambito di comunicazione dei dati genetici e il trasferimento dei campioni biologici, nonché di opporsi per motivi legittimi all'utilizzo di questi, da parte di Laboratori Riuniti S.r.l. In tal caso, però, l'attività sopra indicata non potrà essere (da noi) perfezionata. I dati e le informazioni genetiche saranno trattati da Laboratori Riuniti S.r.l. principalmente con strumenti elettronici e memorizzati su supporti informatici.

Il tempo di conservazione del Suo materiale biologico presso il laboratorio esecutore sarà al massimo di un giorno dalla conclusione delle analisi e di 30 giorni per il materiale genetico estratto. Trascorsi tali termini essi verranno distrutti secondo le procedure descritte dalle Normative Vigenti. I dati genetici e i risultati delle analisi di laboratorio sono conservati in formato elettronico, con idonee misure di sicurezza, per 5 anni, per fini statistici e per garantire una eventuale copia di sicurezza al Cliente. Trascorso tale termine essi verranno distrutti, ai sensi delle norme vigenti. I dati personali, sensibili e genetici potranno essere da noi comunicati esclusivamente alla Struttura Sanitaria a cui Lei si è rivolta e che ci ha commissionato le analisi. I dati non saranno mai diffusi.

In relazione al trattamento dei dati personali l'interessato ha diritto, ai sensi dell'art.7 (diritti di accesso ai dati personali ed altri diritti) del D.lgs 196/03:

1. Ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intellegibile.
2. Ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; delle finalità e delle modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art.5, comma 2; dei soggetti e delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello stato, di responsabili o incaricati.
3. Ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero quando vi ha interesse l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. Opporsi in tutto o in parte:
 - a. Per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta
 - b. Al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Tanto premesso Io sottoscritto/a, come sopra identificato, DICHIARO di aver ricevuto un'informazione completa sul trattamento dei miei dati personali, sensibili e genetici. Oltre a quanto già previsto ed effettuato dalla Struttura Sanitaria in tema di informativa e consenso, anche semplificato ai sensi dell'art. 77 e seguenti del D.Lgs. 196/03,

PRESTO il mio consenso

NON PRESTO il mio consenso

al trattamento dei dati effettuato da Laboratori Riuniti S.r.l. , titolare del trattamento dei dati personali, in Trieste Via delle Mura 2, per le finalità sopra descritte.

Data ____/____/____

Firma _____