

CONSENSO INFORMATO PER ANALISI FARMACOGENETICHE

Le analisi farmacogenetiche comprendono esami eseguiti sul DNA/RNA umano, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di chiarire le differenze interindividuali nella risposta ai farmaci, valutare il loro metabolismo e i parametri farmaco-correlati di efficacia e tossicità. Il fine ultimo è quello di personalizzare la terapia farmacologica cercando di migliorarne il rapporto rischio/beneficio.

Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Io sottoscritto/a _____

Nato/a: _____ (Prov. _____), il ____ / ____ / ____ /

Residente in: _____ (Prov. _____), CAP: _____

Via/Corso: _____ n.: _____, Tel ____ / _____

DICHIARO di aver compreso l'utilità e i limiti dell'analisi farmacogenetica propositami e ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti.

Pertanto ACCONSENTO al prelievo di materiale biologico (una provetta di sangue in EDTA da 3 o 7 ml) per l'analisi e la sua conservazione (per 10 anni dalla data odierna).

DICHIARO inoltre di

volere NON volere essere informato circa i risultati dell'analisi

(restrizione/commenti: _____)

DICHIARO inoltre specificatamente di:

volere NON volere che il DNA/RNA estratto dal campione biologico venga usato, con garanzia della massima riservatezza, per ulteriori studi o ricerche scientifiche

volere NON volere essere informato di eventuali nuovi risultati

Mi impegno infine a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato

Data: ____ / ____ / ____ Firma: _____

Firma dello Sperimentatore che ha raccolto il Consenso: _____