Laboratorio di Farmacologia Clinica e Farmacogenetica (Laboratorio a Direzione Universitaria)
Padiglione Q; Ospedale Amedeo di Savoia – ASL Città di Torino; Tel. 011.4393979
Responsabile: Prof. Antonio D'Avolio

CONSENSO INFORMATO PER ANALISI FARMACOGENETICHE e DEI CAMPIONI BIOLOGICI

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 propostami 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

☐ **volere** ☐ **NON volere** che il residuo del campione biologico, preventivamente reso anonimo e destinato alla distruzione, venga utilizzato per la valutazione delle prestazioni tecniche/analitiche di diagnostici in vitro (IVDR), ai sensi del Regolamento (UE) 2017/746

☐ **volere** ☐ **NON volere** che il suddetto residuo anonimizzato venga eventualmente ceduto, a titolo gratuito o oneroso, ad aziende terze produttrici/distributrici di diagnostici in vitro per le medesime finalità di valutazione tecnico/analitica

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

Data:_____ Firma:_____

Il Medico:_____