

**TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT)  
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate all'art. 76 DPR 445/2000*

**in qualità di diretta interessata**

**DICHIARO di:**

- aver ricevuto il documento "TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT) INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI" e di averne preso visione e averne compreso il contenuto;
- avere avuto la possibilità di porre tutte le domande che ritenevo opportune e ricevuto risposte che considero esaustive;
- aver ricevuto informazioni adeguate sulla possibilità di revocare il consenso alla conservazione e all'utilizzo dei campioni biologici in qualunque momento e senza dover fornire alcuna spiegazione;

**ACCONSENTO** alla conservazione e all'utilizzo dei dati genetici e dei campioni biologici prelevati per gli eventuali futuri utilizzi compatibili con le finalità istituzionali come indicati nell'informativa al punto B del paragrafo "finalità" dell'informativa: "svolgimento di valutazioni scientifiche e statistiche volte alla verifica del mantenimento della performance del test non invasivo prenatale in uso e all'implementazione di altre metodiche di laboratorio per l'esecuzione del NIPT;

**SI**  **NO**

**DICHIARO** di voler conoscere i risultati dell'esame, comprese eventuali notizie inattese che mi riguardano\*\*\*;

**SI**  **NO**

**\*\*\* In caso di diniego al consenso di questo punto non sarà possibile procedere all'esecuzione del test NIPT**

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma dell'interessata

\_\_\_\_\_



## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT)

Io sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate all'art. 76 DPR 445/2000*

### in qualità di diretta interessata

#### DICHIARO di:

Aver ricevuto idonee informazioni relative all'esecuzione della prestazione "Test prenatale non invasivo (NIPT) per la determinazione del rischio di aneuploidie dei cromosomi 21, 18, 13 mediante analisi del DNA libero circolante nel plasma materno".

#### DICHIARO inoltre di:

- aver ricevuto, preso attenta visione e compreso pienamente il documento "informativa relativa al test prenatale non invasivo (NIPT) per la determinazione del rischio di aneuploidie dei cromosomi 21, 18, 13 mediante l'analisi del DNA libero circolante nel plasma materno";
- avere avuto la possibilità di porre tutte le domande che ritenevo opportune e ricevuto risposte che considero esaustive e compreso completamente quanto mi è stato spiegato;
- essere stata adeguatamente informata relativamente a tipo, finalità, modalità di svolgimento della prestazione proposta;
- essere stata adeguatamente informata su vantaggi e limiti del test al quale mi sottopongo;
- aver compreso che questo è un test di screening per le aneuploidie dei cromosomi indagati e che eventuali risultati di alto rischio richiedono la verifica mediante test diagnostici (cariotipo fetale) eseguibili tramite diagnosi prenatale invasiva;
- aver compreso che questo è un test di screening per le aneuploidie dei cromosomi indagati e che eventuali risultati di basso rischio non assicura l'assenza di patologia fetale;
- aver compreso che il test NIPT non fornisce una diagnosi, ma valuta il rischio che il feto sia affetto da trisomia limitatamente ai cromosomi indagati;
- essere a conoscenza della possibilità che il cariotipo del feto non corrisponda al risultato fornito dal test;
- aver avuto tutto il tempo necessario per decidere se eseguire o meno il test.

#### Per quanto dichiarato, liberamente spontaneamente e in piena coscienza:

**Acconsento**     **Non acconsento**    **all'esecuzione del prelievo di sangue e del test proposto.**

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma dell'interessata \_\_\_\_\_

#### IL MEDICO/ ALTRO PROFESSIONISTA SANITARIO che ha illustrato e raccolto il consenso

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### IL MEDIATORE CULTURALE (se presente)

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**REVOCA DEL CONSENSO**

Io sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate all'art. 76 DPR 445/2000*

**in qualità di diretta interessata**

**Revoco** il consenso sopra espresso all'esecuzione della prestazione "Test per la determinazione del rischio di aneuploidie dei cromosomi 21, 18, 13 mediante analisi del DNA libero circolante nel plasma materno"

Data \_\_\_\_\_ Firma della paziente \_\_\_\_\_

**Revoco** il consenso sopra espresso al trattamento dei dati personali, particolari e genetici e l'utilizzo dei campioni biologici per l'effettuazione del test prenatale (NIPT)

Data \_\_\_\_\_ Firma della paziente \_\_\_\_\_