

PRENATAL SAFE: CONSENSO INFORMATO CONSULENZA GENETICA

MOD. SEGR/PRENATALSAFE: CONSULENZA GENETICA / REV.01 DEL 18/03/18

Emesso da:

Società: _____ Data: _____

Reparto: _____ Sezione: _____ Prot.: _____

Il nostro centro offre *gratuitamente* il servizio di consulenza genetica, sia pre-test che post test, al fine spiegare ai pazienti le finalità del test, i risultati ottenibili, ed i risultati emersi al completamento dell'esame, in particolar modo nei casi di riscontro patologico, con rischio elevato di patologia cromosomica.

Pertanto, considerato il colloquio effettuato con il dott. ____ / la dott.ssa _____ Ginecologo / Genetista / Altro, chiaro, dettagliato, sufficiente ed esaustivo, ed avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come sopra riportati, inerenti l'esame prenatale non invasivo mediante analisi del DNA fetale dal sangue materno, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, le relative percentuali di errore diagnostico e le alternative diagnostiche prenatali al test,

PRESTO

NON PRESTO

il consenso all'esecuzione del suddetto esame, accettandone i relativi rischi di errore diagnostico ed i limiti intrinseci al test.

Dichiaro inoltre di aver letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, di averne compreso completamente il contenuto.

Cognome e nome della paziente (in stampatello)

Data ____/____/____

Firma del medico _____

Firma della paziente _____