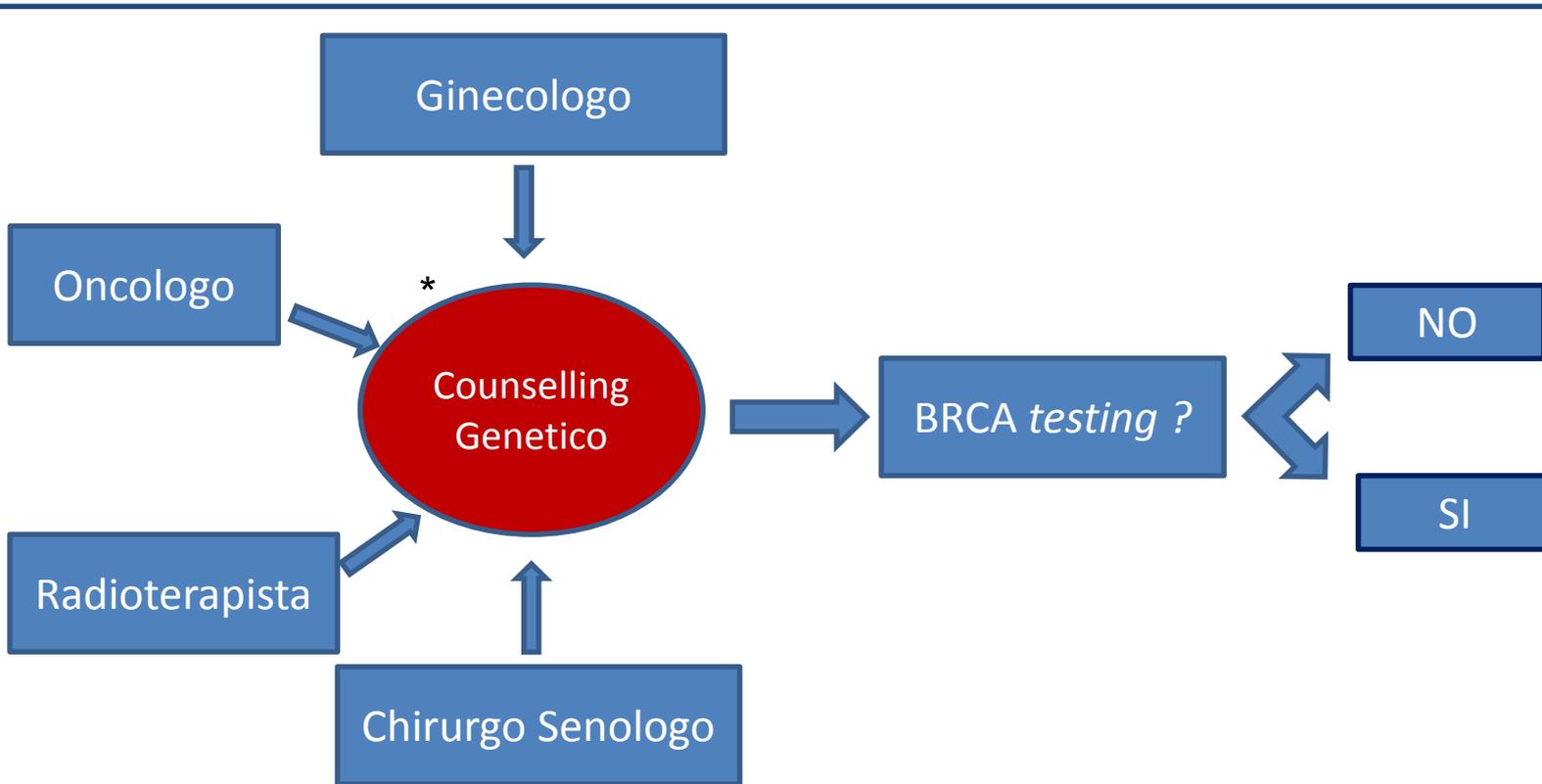


Negrar, giovedì 8 giugno 2017

# Il percorso del BRCA 1-2 nel **Cancer Care Center**

Fabiana Marchetti  
UOC Oncologia Medica  
Ospedale “Sacro Cuore- Don Calabria” Negrar,

# Percorso BRCA 1-2: l'invio



\* Per appuntamento telefonare alla Segreteria del Dipartimento Oncologico  
Francesca Schiavone 3691

# Consenso Informato



Ospedale Classificato Equiparato  
**Sacro Cuore - Don Calabria**  
Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto  
U.O.C. Oncologia Medica  
Direttore: Dott.ssa Stefania Gori



Ospedale Classificato Equiparato  
**Sacro Cuore - Don Calabria**  
Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto  
U.O.C. Oncologia Medica  
Direttore: Dott.ssa Stefania Gori



## CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST GENETICO PER I TUMORI EREDITARI DELLA MAMMELLA E DELL'OVAIO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dichiaro di essere stata/o informata/o sugli scopi, sull'utilità, sui limiti e sulle implicazioni del test genetico per la ricerca di eventuali alterazioni genetiche a carico dei geni \_\_\_\_\_ e sull'opportunità di comunicazione del risultato ai miei familiari e ai medici di riferimento.

### Pertanto:

- Acconsento  Non acconsento al prelievo del materiale biologico (sangue o saliva) per l'esecuzione del test genetico.
- Voglio  Non voglio essere informata/o sul risultato delle analisi effettuate.
- Intendo  Non intendo informare i miei familiari sul risultato del test genetico.

Restrizioni/comments:.....

- Autorizzo  Non autorizzo la comunicazione del risultato del test genetico, se di rilievo clinico, al mio medico curante e/o agli altri medici comunque coinvolti nella cura della mia patologia.

Dott. \_\_\_\_\_ Struttura: \_\_\_\_\_  
Dott. \_\_\_\_\_ Struttura: \_\_\_\_\_

Negrar, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Inoltre:

Mi è stato spiegato che i miei dati e i campioni di materiale prelevato potrebbero rivelarsi utili per scopi scientifici nell'ambito di futuri sviluppi della ricerca (realizzazione di test oncologici, verifica di eventuali modificazioni dei tessuti tumorali ecc.) **anche non correlati direttamente alla cura della mia patologia (cioè senza sicuri vantaggi diretti)**

### Pertanto:

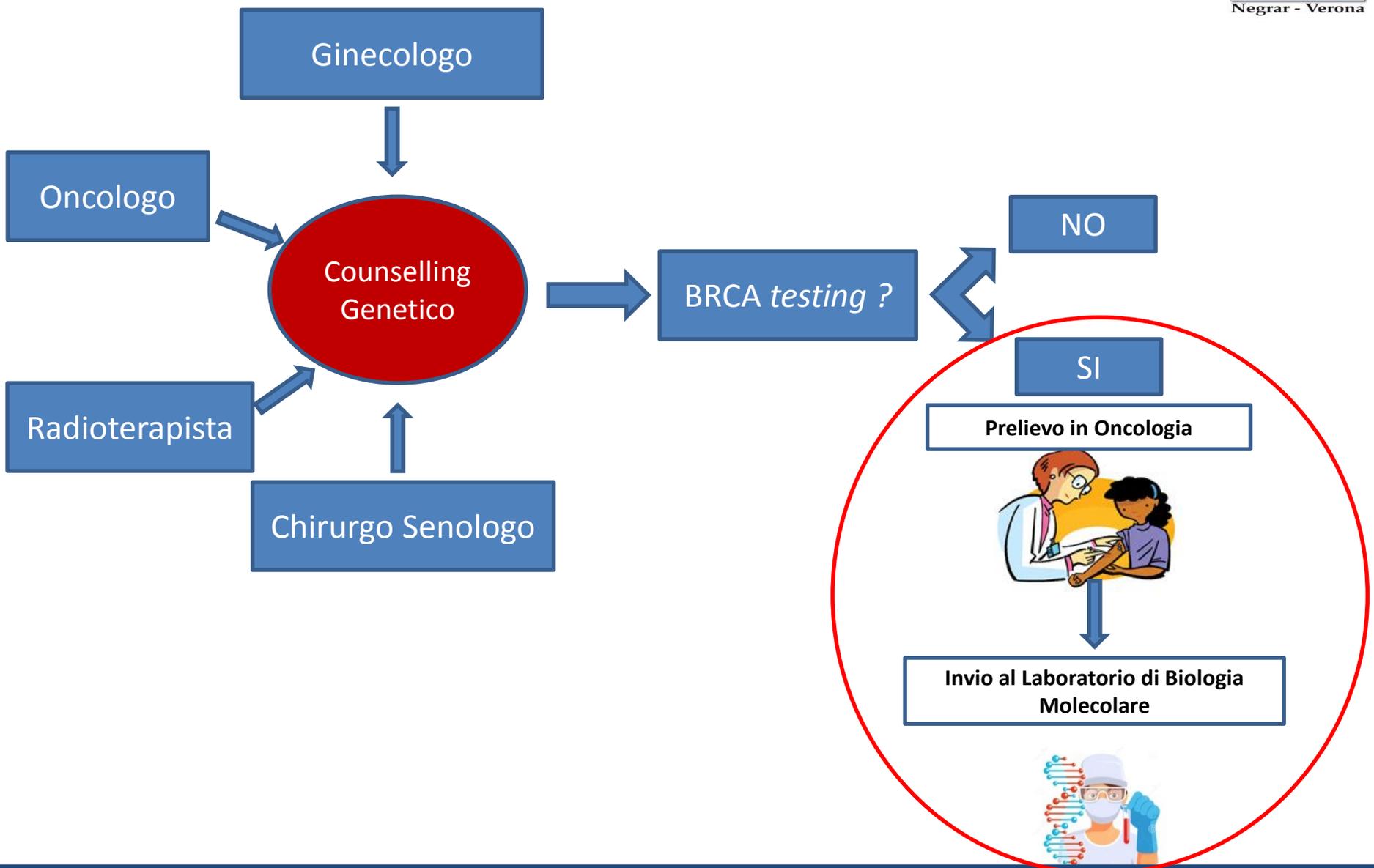
- Acconsento  Non acconsento che campioni di materiale biologico assieme ai miei dati (compresi i risultati dei test genetici) vengano trasmessi ad altri Laboratori di questo Ospedale per scopi di ricerca.
- Desidero  Non desidero essere informato su eventuali nuovi risultati o possibilità diagnostiche derivanti dai suddetti studi.

Sono a conoscenza che il materiale biologico e tutti i miei dati, compresi quelli riguardanti la mia famiglia verranno comunque conservati e utilizzati nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (Legge n. 196 del 30.06.2003 e successive modifiche ed integrazioni) e dell'Autorizzazione generale al trattamento dei dati genetici - Garante per la protezione dei dati personali (13 dicembre 2012 Gazzetta Ufficiale n. 3 del 4 gennaio 2013). Sono pertanto consapevole che potrò ritirare/modificare il mio consenso in ogni momento e in tal caso i campioni e le relative informazioni verranno eliminati e non saranno generati ulteriori dati.

Negrar, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma dello Specialista che ha raccolto il Consenso \_\_\_\_\_

# Percorso BRCA



# Percorso BRCA

Laboratorio di Biologia Molecolare  
TEST BRCA



Referto Test BRCA (Cartaceo)



Invio al Direttore dell'Oncologia Medica



Oncologo  
+  
Genetista



Consegna del risultato alla paziente

**Grazie per l'attenzione!**

