

**CONSENSO INFORMATO ANALISI GENETICHE**

Da compilare in mancanza di consenso regionale oppure di consenso dello specialista compilato in tutte le sue parti.  
Secondo le norme vigenti, per le analisi di genetica è obbligatorio il consenso informato relativo all'analisi richiesta, completo di firma dello specialista/genetista che ha condotto la consulenza.

Le analisi genetiche comprendono le analisi di specifici geni, del loro prodotto o della loro funzione e ogni altro tipo di analisi del DNA, dell'RNA o dei cromosomi, al fine di identificare mutazioni o anomalie nel patrimonio genetico. Le anomalie genetiche riscontrate possono portare a diagnosi di malattia o confermare un sospetto clinico in un individuo affetto, oppure possono evidenziare una predisposizione a una malattia che potrà svilupparsi o valutare la suscettibilità di un individuo a sviluppare malattie multifattoriali. Le metodiche applicate e il tipo di matrice di partenza variano a seconda del tipo di alterazioni che è necessario studiare pertanto vengono riportate, in specifici paragrafi i test di genetica medica eseguiti presso il laboratorio SYNLAB, nel documento CONS\_GEN20 - ALLEGATO INFORMATIVO RELATIVO AI TEST DI GENETICA MEDICA.

Data prelievo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numero di accettazione o etichetta  
SynlabNet (Solo per le sedi SYNLAB)

Struttura richiedente l'analisi: \_\_\_\_\_

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN via/viale \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ PAESE \_\_\_\_\_ N° TELEFONO \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI CAMPIONE:  Sangue in EDTA  Tampone buccale  Altro: \_\_\_\_\_**PRESTAZIONE RICHIESTA (per accettazioni manuali allegare MOD\_GEN025):****INDICAZIONE ALL'ANALISI (OBBLIGATORIO):**

si consiglia di allegare referti di consulenze mediche se disponibili

- Familiarità (specificare): \_\_\_\_\_
- Sospetto clinico (specificare): \_\_\_\_\_
- Precedenti test genetici (specificare): \_\_\_\_\_
- Preconcezionale
- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Sterilità   | <input type="radio"/> Poliabortività    |
| <input type="radio"/> Infertilità | <input type="radio"/> Carrier Screening |
- Gravidanza (U.M. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_)
- Altro:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**UNA VOLTA COMPLETATO IL TEST, EVENTUALI CAMPIONI RIMANENTI DI SANGUE O DNA DEL PAZIENTE:**

- potranno essere conservati per futuri test a mio nome  SI – NO
- potranno essere anonimamente impiegati dal laboratorio per Valutazioni Esterne di Qualità  SI – NO
- Potranno essere conservati per fini di ricerca scientifica previa informazione e specifico consenso sul progetto di ricerca  SI – NO
- dovranno essere distrutti (non saranno possibili ulteriori test)  SI – NO

**AMBITO DI COMUNICAZIONE DEGLI ESITI (alternative)**

- desidero conoscere direttamente gli esiti del test  SI – NO
- desidero ottenere i risultati del test mediante terzo delegato  SI – NO

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Nel caso di test eseguito da SYNLAB per conto di un laboratorio terzo, quest'ultimo è da intendersi titolare del trattamento dei dati per finalità di cura, cui potrà far riferimento per l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Sono di seguito riportate le specifiche attività di trattamento effettuate da SYNLAB Italia S.r.l. in qualità di Titolare del trattamento dei dati in relazione al presente test. I dati personali raccolti potranno essere utilizzati per le seguenti finalità e relative basi giuridiche.

**- Esecuzione degli adempimenti di legge previsti dal Decreto del Direttore Generale Welfare n.1612 dell'8 febbraio 2018 della Regione Lombardia (art. 6 co. 1 lett. a e art.9 co. 2 lett. a del Regolamento)**

Regione Lombardia ha disposto l'attivazione di programmi di Valutazione Esterna di Qualità (VEQ) in Citogenetica e Genetica Molecolare, che prevedono l'utilizzo di materiali biologici e referti derivanti da utenti/pazienti che nel consenso informato abbiano espresso il proprio specifico consenso. Pertanto, con il suo consenso, i suoi campioni biologici, previamente anonimizzati, potranno essere trasmessi a Regione Lombardia.

**- Ricontatto del paziente per fini di ricerca scientifica (art. 6 co. 1 lett. a del Regolamento)**

SYNLAB potrà prendere contatto con Lei per invitarla a valutare la partecipazione a specifici programmi di ricerca scientifica. Per tale attività le sarà esibita una specifica informativa sul trattamento dei dati al fine di poter esprimere il Suo consenso.

I suoi dati personali anagrafici e relativi allo stato di salute sono raccolti da SYNLAB o, eventualmente, a questa comunicati da parte della struttura sanitaria presso cui ha eseguito il prelievo. Potrà avere accesso ai suoi dati il personale medico, il personale addetto alla ricerca scientifica, il personale tecnico e infermieristico, i tecnici di laboratorio, gli addetti alla refertazione e gli addetti al controllo della qualità. Non sono previsti trasferimenti dei dati in paesi extra-UE.

Per esercitare i propri diritti in relazione a tali trattamenti (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione od opposizione), è possibile prendere contatto con SYNLAB e il Responsabile della Protezione dei dati all'indirizzo [privacy@synlab.it](mailto:privacy@synlab.it). Laddove Lei ritenga che i Suoi dati siano stati trattati in modo illegittimo, ha il diritto di rivolgersi all'Autorità di Controllo per proporre reclamo ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

**RICHIESTA DI CONSENSO ALLA ESECUZIONE DEL TEST  
(in caso di minore compilare per entrambi i genitori)**

Io sottoscritto (in caso di minori: esercente responsabilità genitoriale): \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Io sottoscritto (in caso di minori: esercente responsabilità genitoriale): \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

in qualità di  Genitore/i  Tutore/i di:

Cognome e Nome del minore \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

dichiaro di aver compreso le informazioni sopra riportate e quanto mi è stato spiegato dal medico/specialista in genetica Dr. \_\_\_\_\_ durante la consulenza e di aver avuto la possibilità di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e il medico mi ha illustrato lo scopo, le implicazioni e i possibili rischi del test e

Acconsento  Non acconsento

a sottopormi al test selezionato.

Acconsento  Non acconsento

ad essere informato su eventuali risultati inattesi che possano avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione, o consapevolezza delle scelte riproduttive

Inoltre, con riferimento al Decreto del Direttore Generale Welfare n.1612 dell'8 febbraio 2018

Acconsento  Non acconsento

all'utilizzo del campione biologico/ della immagine per la partecipazione al programma VEQ per le branche di Citogenetica e Genetica Molecolare.

**IL/I RICHIEDENTE/I (o Genitore/Tutore)**

Nome e cognome.....

FIRMA.....

Nome e cognome.....

FIRMA.....

**IL MEDICO SPECIALISTA/GENETISTA**

che ha provveduto all'informativa e raccolto il consenso

Nome e cognome.....

FIRMA e timbro.....

Data del colloquio .....

## INFORMAZIONI DELLA PAZIENTE (\* Campi obbligatori)

Cognome*	Nome*
CODICE FISCALE*	Data di nascita* __ / __ / __ Luogo di nascita*

Indirizzo di residenza\*: Via

CAP      Prov.      Città

Telefono*	Email*
-----------	--------

## INFORMAZIONI DEL MEDICO INVIANTE (\* Campi obbligatori)

Nome e Cognome medico richiedente*	Codice Cliente*
Contatti medico (da utilizzare in caso di esito patologico) *	Centro Medico/Medico Inviaente:
Telefono	
Email	

### neoBona – Selezionare con ✓ l'opzione appropriata per la paziente

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1501 neoBona<br>• Trisomie 21, 18, 13 | <input type="checkbox"/> 1502 neoBona Advanced (solo gravidanze singole)<br>• Trisomie 21, 18, 13<br>• Aneuploidia X, Y |
|--|---|

### □ Voglio conoscere il sesso del feto

In caso di gravidanza gemellare si determina la presenza del cromosoma Y che, se rilevato, consente di accertare che almeno uno dei due feti è un maschio. In caso di assenza del Cr. Y si deduce che entrambi i feti siano femmina.

## INFORMAZIONI CLINICHE

La compilazione delle informazioni cliniche, il più possibile esaustive, è necessaria ai fini della corretta interpretazione del risultato del test.

Età gestazionale* (alla data del prelievo): __ settimane __ giorni	Data del prelievo*:      /      /
Data Ultima Mestruazione: __ / __ / __	Prelievo ripetuto*: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Peso _____ kg	Numero di feti*: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Gemello evanescente
Gravidanza FIV*: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Ecografia eseguita in data __ / __ / __
<b>Anamnesi della paziente:</b> <input type="checkbox"/> Cariotipo (se noto) _____ <input type="checkbox"/> Malattie autoimmuni/infiammatorie <input type="checkbox"/> Tumore (anche fibromi) <input type="checkbox"/> Trapianto allogenico <input type="checkbox"/> Trasfusioni/Radioterapia/immunoterapia <input type="checkbox"/> Terapia con eparina <input type="checkbox"/> Altro: <hr/>	
<b>Indicazioni al test*:</b> <input type="checkbox"/> Età materna avanzata <input type="checkbox"/> Screening biochimico con rischio aumentato <input type="checkbox"/> Ansia materna <input type="checkbox"/> Ecografia anomala <input type="checkbox"/> Partner con anomalie cromosomiche note <input type="checkbox"/> Precedenti feti/figli con anomalie cromosomiche <input type="checkbox"/> Altro: <hr/>	

### Consenso Genetico per neoBona® (test prenatale non invasivo)

Il test prenatale neoBona® è un test di screening prenatale non invasivo che analizza il DNA fetale libero nel sangue della madre tramite "sequenziamento massivo parallelo del DNA" per stimare il rischio di specifiche anomalie cromosomiche nel feto. Il DNA fetale libero e circolante nel sangue materno proviene dalla placenta che nel 98% dei casi è identico al DNA del feto.

Si raccomanda un consulto genetico da parte di un medico o un consulente genetico specializzato per spiegare il test, il risultato e le possibili implicazioni.

Il test prenatale neoBona® è effettuato mediante il "sequenziamento massivo parallelo del DNA" con metodica paired-end e determina la frazione fetale. Il test determina il rischio di trisomia 21, trisomia 18 e trisomia 13 nel feto. Tali trisomie sono responsabili del 50-70% di tutte le aneuploidie autosomiche fetal. Con il termine "trisomia" si intende la presenza anomala di tre copie, al posto delle due copie previste, di uno specifico cromosoma.

- TRISOMIA 21. È causata dalla presenza di tre copie del cromosoma 21 e porta alla Sindrome di Down. Questa sindrome è diagnosticata all'incirca in 1 su 750 neonati. Anche se i caratteri clinici sono variabili, questa sindrome può causare da lievi a gravi disabilità intellettive e problemi fisici tra cui difetti cardiaci, difetti in altri organi e una aspettativa di vita più breve. La probabilità di avere un feto affetto da una di questa condizione aumenta in donne di età avanzata.
- TRISOMIA 18. È causata dalla presenza di tre copie del cromosoma 18 e porta alla Sindrome di Edwards. Questa sindrome è diagnosticata all'incirca in 1 su 7000 neonati. Nella gran parte dei casi, le gravidanze interessate terminano con un aborto spontaneo. La sindrome di Edwards è caratterizzata da un grave ritardo mentale con un'ampia serie di malformazioni e nella maggior parte dei casi i neonati colpiti muoiono entro il primo anno di vita.
- TRISOMIA 13. È causata dalla presenza di tre copie del cromosoma 13 e porta alla Sindrome di Patau. Questa sindrome è diagnosticata all'incirca in 1 su 15000 neonati. La sindrome di Patau è caratterizzata da un grave ritardo mentale e possono presentarsi gravi malformazioni cardiache congenite ma anche altre patologie. Raramente i neonati colpiti sopravvivono oltre il primo anno di età.
- i neoBona® Karyo e GenomeWide (per gravidanze singole o gemellari) analizzano le trisomie di tutti i restanti cromosomi autosomici, oltre a quelli sopra descritti, associate a varie condizioni la cui gravità dipende dal cromosoma coinvolto ma che sono molto più rare delle sindromi sopradescritte.
- i neoBona® Advanced, Karyo e GenomeWide, nelle sole gravidanze singole, analizzano anche le anomalie numeriche dei cromosomi sessuali quali MX, XXX, XXY, e XYY associate a varie condizioni come la sindrome di Turner o la sindrome di Klinefelter. Le conseguenze cliniche sono generalmente meno gravi rispetto alle trisomie descritte sopra e nella gran parte dei casi sono compatibili con una normale aspettativa di vita.
- il neoBona® GenomeWide analizza le delezioni e duplicazioni intere o parziali di almeno 7 Mb di tutti i cromosomi autosomici.

In caso di richiesta di estensione del test da neoBona Base o Advanced a Karyo o Genomewide, è possibile aggiungere l'esame entro 10 giorni dalla data del prelievo; trascorso tale periodo sarà necessario effettuare un nuovo prelievo.

**Il test permette la determinazione del sesso del feto se richiesto.** In caso di gravidanza gemellare si determina la presenza del cromosoma Y che, se rilevato, consente di accertare che almeno uno dei due feti è un maschio. In caso di assenza del Cr. Y si deduce che entrambi i feti siano femmina.

### **POSSIBILI RISULTATI DEL TEST:**

È importante che Lei discuta l'esito del presente test con il suo medico.

SE IL RISULTATO È "COMPATIBILE CON L'ASSENZA DI TRISOMIA/ANEUPLOIDIE" si indica una bassa probabilità che il feto abbia una delle anomalie cromosomiche ricercate

SE IL RISULTATO È "COMPATIBILE CON LA PRESENZA DI TRISOMIA/ANEUPLOIDIE": si indica che c'è un'alta probabilità che il feto sia affetto dalla anomalia cromosomica indicata, ma non conferma che il bambino abbia anomalie. Nel caso in cui il test suggerisca la presenza di una anomalia cromosomica, il risultato deve essere confermato con approfondimenti diagnostici sui campioni fetal acquisiti con tecniche invasive (villocentesi, amniocentesi). In questi casi si raccomanda una consulenza genetica.

neoBona® è un test di screening, che misura la probabilità che il feto presenti una anomalia cromosomica, ma non fornisce una diagnosi conclusiva. Per questo motivo, è IMPORTANTE CHE NESSUNA DECISIONE RIGUARDANTE LA GRAVIDANZA SIA PRESA BASANDOSI SOLO SUI RISULTATI DI QUESTO TEST.

### **LIMITAZIONI DEL TEST E RISCHI:**

neoBona® è un test di screening e non è destinato né approvato per la diagnosi, né per il rilevamento delle trisomie a mosaico, le trisomie parziali, le traslocazioni, le mutazioni puntiformi, i difetti di metilazione o altri difetti fetal non specificatamente elencati e ricercati. Inoltre, il test non individua risultati inattesi correlati a condizioni materne.

Esiste la possibilità che i cromosomi del feto non corrispondano ai cromosomi del DNA circolante analizzato dal test neoBona® dando adito a test falsamente negativi o positivi. Le condizioni più comuni che possono causare tali falsi risultati sono la presenza di un vanishing twin (gemello evanescente) ovvero un feto o camera gestazionale addizionale che non si è sviluppata, o la presenza di mosaicismi placentari (comuni nel 2% delle gravidanze). Il mosaicismo placentare è una condizione in cui la placenta presenta anomalie cromosomiche mentre il feto è normale o viceversa.

neoBona® pertanto è un test di screening soggetto a limitazioni. Per questo i feti con un numero normale di cromosomi possono talvolta avere un risultato falsamente positivo ed essere classificati come "compatibili con la presenza di trisomia" per questo l'esito deve sempre essere confermato mediante una diagnosi prenatale invasiva e l'analisi del cariotipo fetale. Analogamente non tutte le trisomie saranno invece rilevate: in rare occasioni, un feto con aneuploidia può avere un risultato falsamente negativo ed essere classificato come "compatibile con l'assenza di aneuploidia", per questo un risultato normale del test non esclude del tutto la possibilità che il feto possa avere anomalie cromosomiche né può garantire un feto sano.

Il risultato dell'analisi di uno o più cromosomi in alcune pazienti può non permettere una chiara interpretazione del rischio fetale mediante questo test. Le cause possono essere trasfusioni o trapianti materni, anomalie cromosomiche materne, tumori (anche benigni) materni, come fibromi e altro (doc. SIGU 2021, doc. SIEOG-SIGU 2020). In questo caso non è consigliabile ripetere il prelievo.

In rare circostanze il test può sollevare sospetti sulla presenza di condizioni materne o fetal diverse da quelle per le quali viene eseguito il test. Ad esempio, ciò avviene quando si ottiene un risultato complesso riferibile ad un possibile tumore materno.

**I risultati del test neoBona® devono sempre essere interpretati alla luce di altre evidenze cliniche e discusse assieme al proprio medico.**

**PERFORMANCE DELLE TRISOMIE 21, 18, 13** (dati ottenuti di campioni clinici reali):

Il test è stato validato clinicamente. Di seguito vengono riportati le performance per il rilevamento delle trisomie 21, 18 e 13 in uno screening

di base per le gravidanze singole (esclusi i mosaicismi noti):

Anomalia	Sensibilità	Specificità
T21	>99,9% (130/130)	99,9% (1982/1984)
T18	>99,9% (41/41)	99,9% (1995/1997)
T13	>99,9% (26/26)	99,9% (2000/2002)

§: Illumina: dati di rendimento di marzo 2020. Data la scarsità di aneuploidie confermate nella coorte di validazione il numero di casi studiati è al momento limitato

**PERFORMANCE AGGIUNTIVE DEL TEST KARYO E GENOMEWIDE** (dati ottenuti di campioni clinici reali):

Anomalia	Sensibilità	Specificità
Anomalie cromosomi autosomici	95,5% (318/333)	99,34% (1954/1967)
Aneuploidie autosomiche rare (RAA)	96,4% (27/28)	99,8% (2001/2005)
Delezioni e duplicazioni > 7Mb*	74,1% (20/27)	99,8% (2000/2004)

**VALORE PREDITTIVO POSITIVO E VALORE PREDITTIVO NEGATIVO**

Il valore predittivo positivo (Positive Predictive Value, PPV) è la probabilità che con un risultato positivo, il feto sia veramente affetto dall'anomalia. Il valore predittivo negativo (Negative Predictive Value, NPV) indica la probabilità che con un risultato negativo il feto sia effettivamente non affetto dalle anomalie testate. Poiché PPV e NPV dipendono dalla prevalenza della patologia che a sua volta è variabile nelle diverse popolazioni di soggetti (in base ad età materna, età gestazionale, indicazioni all'esame, familiarità ecc..), si riportano di seguito i PPV e NPV osservate nello studio di accuratezza clinica calcolati su una popolazione a rischio elevato.

Anomalia	Valore Predittivo Positivo	Valore Predittivo Negativo
T21	95,29%	> 99,99%
T18	83,38%	> 99,99%
T13	66,73%	> 99,99%
Qualsiasi anomalia nello screening dell'intero genoma (KARYO e GENOMEWIDE)	74,68%	99,91%-99,99%

**CONCORDANZA PER LA CLASSIFICAZIONE SESSUALE** (dati ottenuti di campioni clinici reali):

Risultati citogenetici	Percentuale concordante
XX	>99,9%
XY	>99,9%
X0	90,5%
XXX	>99,9%
XXY	>99,9%
XYY	91,7%

**PERFORMANCE DEL TEST PER LE GRAVIDANZE GEMELLARI:** A causa della bassa prevalenza della trisomia 21, 18 e 13 nelle gravidanze gemellari, sono stati utilizzati modelli in silico basati sulle osservazioni ottenute da campioni clinici per simulare le popolazioni di gravidanze gemellari.

Anomalia	Sensibilità	Specificità
T21	96,4%	99,9%
T18	95,7%	>99,9%
T13	93,6%	>99,9%
Presenza di Y	>99,9%	>99,9%

**A CHI È RIVOLTO IL TEST:** Per poter accedere al test neoBona® le pazienti devono trovarsi almeno alla decima settimana di gestazione (10 settimane + 0 giorni) e la gravidanza deve essere con feto singolo o gemellare (1 o 2 feti) a seguito di concepimento naturale o fertilizzazione in vitro (FIV), incluse le gravidanze dopo ovidonazione. Non possono accedere le pazienti con più di due feti. Il test è utilizzabile in caso di gravidanza con gemello evanescente o riduzione fetale, sebbene in tali circostanze è possibile che sussista un rischio aumentato di un risultato falso positivo o falso negativo. L'esperienza relativa alla diagnosi prenatale non invasiva nelle gravidanze gemellari è significativamente più limitata rispetto a quella disponibile per le gravidanze singole. Il tasso di rilevazione delle aneuploidie, cioè di anomalie di numero dei cromosomi, è simile a quello ottenuto nelle gravidanze singole, ma i dati clinici del test, in termini di sensibilità e specificità, sulle gravidanze dizigoti sono ancora limitati e non disponibili.

Il test neoBona® Advanced può essere richiesto per le pazienti almeno alla decima settimana di gestazione (10 settimane + 0 giorni) e la gravidanza deve essere con feto singolo a seguito di concepimento naturale o fertilizzazione in vitro (FIV), incluse le gravidanze dopo ovidonazione.

Con i test neoBona® Karyo e neoBona® GenomeWide in gravidanze con più di un feto non è possibile determinare la possibile presenza di aneuploidie dei cromosomi sessuali.

**FALLIMENTO DEL TEST:** il test si considera analizzabile con una frazione di DNA fetale nel plasma materno superiore al 2%. Nel 1% dei casi il campione non ha un sufficiente quantitativo di materiale fetale analizzabile (BASSA FRAZIONE FETALE) e pertanto si rende necessario un nuovo prelievo di sangue. Le cause di una bassa frazione fetale possono essere un prelievo svolto ad una settimana gestazionale troppo precoce, un peso materno elevato oppure la presenza di anomalie cromosomiche nel feto (ACOG COMMITTEE 2015). Nei casi in cui questo succeda Lei può ripetere gratuitamente il prelievo oppure informarci che non desidera più eseguire il test e chiedere il rimborso dell'importo corrisposto. La ripetizione dell'esame nel 90% dei casi permette di ottenere una sufficiente frazione fetale per procedere all'esame, ma resta la possibilità di non avere ancora sufficiente DNA fetale e pertanto di procedere come sopra descritto alla ripetizione del prelievo oppure al rimborso.

Raramente, inoltre, alcune pazienti hanno una conformazione del DNA non chiaramente interpretabile mediante questo test. In questo caso viene riportato che non si consiglia un nuovo prelievo di sangue. Queste pazienti possono essere a rischio di avere un feto affetto da anomalie cromosomiche, pertanto, in questi casi viene raccomandato di valutare con il proprio medico sistemi diagnostici o di screening alternativi.

**ALTERNATIVE DIAGNOSTICHE:** è importante che Lei sappia che esistono alternative diagnostiche per la diagnosi prenatale che possono essere prese in considerazione con il proprio medico. Le linee guida del 2011 dell'Istituto Superiore di Sanità italiano per la cura della gravidanza fisiologica prevedono come percorso per la diagnosi prenatale della Sindrome di Down (trisomia 21) il test combinato (PAPP-A, BetaHCG, translucenza nucrale), da eseguirsi ad un'età gestazionale tra 11 e 13+6 settimane.

Se si vogliono ottenere informazioni conclusive sui cromosomi fetalni è necessario effettuare test diagnostici invasivi come la villocentesi o l'amniocentesi. L'esame citogenetico invasivo permette di fornire una analisi cromosomica completa del feto.

Synlab si occuperà dello svolgimento del test, della relativa refertazione e si farà carico di trasmettere l'esito al centro/medico inviante o alla paziente in base alla modalità di accesso.

Io sottoscritto dichiaro di aver compreso quanto sopra riportato, in particolare che:

- neoBona® non fornisce una diagnosi, ma misura la probabilità che il feto sia affetto da trisomia di alcuni selezionati cromosomi e su richiesta di altre anomalie cromosomiche
- è possibile che il cariotipo del feto NON corrisponda al risultato fornito dal test; l'analisi completa del cariotipo del feto può essere effettuata solo utilizzando una tecnica invasiva (vilocentesi o amniocentesi);
- il campione acquisito sarà conservato da Synlab 6 (sei) mesi dalla data presunta del parto e poi distrutto, salvo i casi di inserimento in programmi di ricerca scientifica che potranno prevedere tempi di conservazione ulteriore (per i quali è previsto un consenso e una informativa specifica);
- il referto sarà conservato da Synlab per un periodo illimitato.
- con riferimento al Decreto del Direttore Generale Welfare n.1612 dell'8 febbraio 2018, la Regione Lombardia ha reso possibile l'attivazione di programmi di Valutazione Esterna di Qualità (VEQ) in Citogenetica e Genetica Molecolare, nel rispetto delle norme stabilite dal Garante della Privacy, utilizzando immagini/campioni in forma anonima derivanti da utenti/pazienti che nel consenso genetico "abbiano espresso il proprio consenso ad utilizzare i materiali biologici e i referti risultanti per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche". Solo in seguito a Suo specifico consenso, i Suoi campioni biologici potranno essere utilizzati per tali Valutazioni Esterne di Qualità per la branca di Genetica e Citogenetica e consegnati a Regione Lombardia. I dati associati ai campioni da Lei conferiti saranno opportunamente anonimizzati per le finalità sopra descritte.

**UNA VOLTA COMPLETATO IL TEST, EVENTUALI CAMPIONI RIMANENTI DI SANGUE O DNA DEL PAZIENTE:**

- potranno essere conservati per futuri test a mio nome  SI – NO
- potranno essere anonimamente impiegati dal laboratorio per Valutazioni Esterne di Qualità  SI – NO
- potranno essere conservati per fini di ricerca scientifica previa informazione e specifico consenso sul progetto  SI – NO
- dovranno essere distrutti (non saranno possibili ulteriori test)  SI – NO

**AMBITO DI COMUNICAZIONE DEGLI ESITI (alternative)**

- desidero conoscere direttamente gli esiti del test  SI – NO
- desidero ottenere i risultati del test mediante terzo delegato  SI – NO

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Nel caso di test eseguito da SYNLAB per conto di un laboratorio terzo, quest'ultimo è da intendersi titolare del trattamento dei dati per finalità di cura, cui potrà far riferimento per l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Sono di seguito riportate le specifiche attività di trattamento effettuate da SYNLAB Italia S.r.l. in qualità di Titolare del trattamento dei dati in relazione al presente test. I dati personali raccolti potranno essere utilizzati per le seguenti finalità e relative basi giuridiche.

- **Esecuzione degli adempimenti di legge previsti dal Decreto del Direttore Generale Welfare n.1612 dell'8 febbraio 2018 della Regione Lombardia (art. 6 co. 1 lett. a e art.9 co. 2 lett. a del Regolamento)**

Regione Lombardia ha disposto l'attivazione di programmi di Valutazione Esterna di Qualità (VEQ) in Citogenetica e Genetica Molecolare, che prevedono l'utilizzo di materiali biologici e referti derivanti da utenti/pazienti che nel consenso informato abbiano espresso il proprio specifico consenso. Pertanto, con il suo consenso, i suoi campioni biologici, previamente anonimizzati, potranno essere trasmessi a Regione Lombardia.

- **Ricontatto del paziente per fini di ricerca scientifica (art. 6 co. 1 lett. a del Regolamento)**

SYNLAB potrà prendere contatto con Lei per invitarla a valutare la partecipazione a specifici programmi di ricerca scientifica. Per tale attività le sarà esibita una specifica informativa sul trattamento dei dati al fine di poter esprimere il Suo consenso.

I suoi dati personali anagrafici e relativi allo stato di salute sono raccolti da SYNLAB o, eventualmente, a questa comunicati da parte della struttura sanitaria presso cui ha eseguito il prelievo. Potrà avere accesso ai suoi dati il personale medico, il personale addetto alla ricerca scientifica, il personale tecnico e infermieristico, i tecnici di laboratorio, gli addetti alla refertazione e gli addetti al controllo della qualità. Non sono previsti trasferimenti dei dati in paesi extra-UE.

Per esercitare i propri diritti in relazione a tali trattamenti (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione od opposizione), è possibile prendere contatto con SYNLAB e il Responsabile della Protezione dei dati all'indirizzo [privacy@synlab.it](mailto:privacy@synlab.it). Laddove Lei ritenga che i Suoi dati siano stati trattati in modo illegittimo, ha il diritto di rivolgersi all'Autorità di Controllo per proporre reclamo ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

**Firma della paziente che ha richiesto il test:**

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ Nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
dichiaro di aver letto e compreso le informazioni sopra riportate e quanto mi è stato spiegato dal medico/specialista in genetica Dr. \_\_\_\_\_ durante la consulenza e di aver avuto la possibilità di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e il medico mi ha illustrato lo scopo, le implicazioni e i possibili rischi del test. Di conseguenza,

DICHIARO

di essere consapevole della possibilità di ricevere risultati non conclusivi.

di accettare che il referto mi sia consegnato in sede di consulenza genetica. Alternativamente, ne autorizzo l'invio al Dottor ..... che ha raccolto il consenso.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione del test su campione di sangue

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ad essere informato su eventuali risultati inattesi che possano avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione, o consapevolezza delle scelte riproduttive

Inoltre, con riferimento al Decreto del Direttore Generale Welfare n.1612 dell'8 febbraio 2018

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'utilizzo del campione biologico/ della immagine per la partecipazione al programma VEQ per le branche di Citogenetica e Genetica Molecolare.

**LA PAZIENTE**

**LO SPECIALISTA** che ha provveduto all'informativa e raccolto il consenso

Nome e cognome.....

Nome e cognome.....

FIRMA.....

FIRMA e timbro .....

**DATA DEL COLLOQUIO:** .....

\*\*\* NOTA: SEZIONE DA COMPLETARSI SOLO NEL CASO IN CUI LA PERSONA CHE COMPIGA IL MODULO RICHIEDA LA PRESTAZIONE NON PER SE MA PER CONTO DI UN MINORE/SOGGETTO TERZO \*\*\*

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver conferito dati personali relativi al soggetto sopra indicato, di poter legittimamente rilasciare i consensi al loro trattamento di cui sopra e sottoscrivere il presente modulo per conto di tale soggetto in qualità di:

GENITORE    TUTORE    ALTRO (specificare): \_\_\_\_\_

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_