

FORMS

Please read guidelines carefully before filling in and signing forms.

INFORMED CONSENT



AZIENDA OSPEDALIERA SENESE

U.O. GENETICA MEDICA

Policlinico "Le Scotte" Viale Bracci, 53100 Siena. Tel. (0577) 233303 - 233324 - 585316 .
Fax: 233325, E-mail: geneticamed@unisi.it

CONSENSO INFORMATO PER LA CONSERVAZIONE DI MATERIALE BIOLOGICO "BANCA DI LINEE CELLULARI E DNA DI PAZIENTI CON SINDROME DI RETT E ALTRE FORME DI RITARDO MENTALE X-LEGATO"

Siena, _____

Il sottoscritto.....

nato/a a il

residente
in.....Via.....CAP.....

in sede di consulenza genetica presso
..... il

informato dal dott.che:

Il proprio DNA e/o linee cellulari derivate da proprie cellule potranno essere conservati presso la "banca di linee cellulari e dna di pazienti con sindrome di Rett e altre forme di ritardo mentale X-legato".

Tali campioni verranno utilizzati solo ed esclusivamente per scopi di ricerca.

Verranno garantiti l'anonimato e la riservatezza sulla provenienza del campione.

Autorizza la conservazione del suddetto materiale biologico presso la "banca di linee cellulari e DNA di pazienti con sindrome di Rett e altre forme di ritardo mentale X-legato", secondo le modalità tecniche che questo laboratorio ritiene opportune.

Letto e controfirmato
Il Medico consulente

Letto e controfirmato
Il consultando

per i minori:

Letto e controfirmato
Il genitore

Autorizza/Non autorizza l'uso del suddetto materiale biologico a fini di ricerca scientifica

Letto e controfirmato
Il Medico consulente

Letto e controfirmato
Il consultando

per i minori:

Letto e controfirmato
Il genitore

Richiede che tutte le informazioni rilevanti per la salute mia e della mia famiglia che si rendessero disponibili:

Mi siano comunicate nel rispetto del diritto alla riservatezza dei dati personali. Nel caso i risultati riguardassero altri membri della famiglia o minori o soggetti non in grado di intendere e volere, e soprattutto in caso di diagnosi presintomatica di patologie genetiche ad esordio tardivo, le informazioni saranno date nel rispetto del diritto di scelta dell'interessato o di chi ne fa le veci.

Non mi siano comunicate.

Letto e controfirmato
Il Medico consulente

Letto e controfirmato
Il consultando

per i minori:

Letto e controfirmato
Il genitore

FORM FOR SENDING SAMPLES



AZIENDA OSPEDALIERA SENESE

U.O. GENETICA MEDICA

Policlinico "Le Scotte" Viale Bracci, 53100 Siena. Tel. (0577) 233303 - 233324 - 585316 .
Fax: 233325, E-mail: geneticamed@unisi.it

Paziente:

Cognome:
Nome:
Nato a:
Il:

Richiedente:

Cognome:
Nome:

Istituzione:

Indirizzo:

Telefono:

Fax:

e-mail:

Campione inviato il:

Per:

Linea Cellulare

DNA

Limitazione della distribuzione del DNA/ linea cellulare ad altri ricercatori a scopo di ricerca:

SI

NO

DATI CLINICI

Fenitipo: Affetto
 Sano
 Non conosciuto

Diagnosi:

Dettagli clinici
rilevanti:

Luogo

Data

Firma del richiedente

—interruzione pagina—

FORM FOR REQUESTING SAMPLES



AZIENDA OSPEDALIERA SENESE

U.O. GENETICA MEDICA

Policlinico "Le Scotte" Viale Bracci, 53100 Siena. Tel. (0577) 233303 - 233324 - 585316 .
Fax: 233325, E-mail: geneticamed@unisi.it

Richiedente:

Cognome:

Nome:

Istituzione:

Indirizzo:

Telefono:

Fax:

e-mail:

Materiale richiesto: Linea Cellulare
 DNA

Codice:

Descrizione del Progetto:

Io sottoscritto dichiaro di accettare le seguenti condizioni:

**Il campione inviato può essere usato esclusivamente per scopi di ricerca
Il campione non può essere distribuito ad altri laboratori senza previo permesso
scritto da parte della Banca.
In caso di pubblicazione di risultati ottenuti facendo uso del campione ricevuto la
Banca verrà inclusa nei ringraziamenti ed un reprint del lavoro verrà ad essa inviato.
Le spese di spedizione sono a mio carico.**

Luogo

Data

Firma del richiedente

-----interruzione pagina-----

CONTACT INFO

To send and request samples please contact:

Prof. Alesandra Renieri
Dr. Ilaria Meloni

Address: Dipartimento di Biologia Molecolare
Unità Operativa di Genetica Medica
Policlinico Le Scotte
Viale Bracci 22
53100 Siena, Italy

Telephone: 39 0577 233303
39 0577 233259

FAX: 39 0577 233325

e-mail: geneticamed@unisi.it