

	<p>Ospedale Regionale "A. CARDARELLI" Campobasso <b>ANATOMIA PATOLOGICA</b> Laboratorio di Citogenetica Tel. 0874 409201 Fax 0874 409293</p>	<p><b>INFORMATIVA E CONSENSO ALL'INDAGINE CITOGENETICA SU MATERIALE ABORTIVO</b></p>	<p><b>M 66</b> Rev 0 del 13.04.19 Pagina 1 di 1</p>
---	--	--	---

## INFORMATIVA E CONSENSO ALL'INDAGINE CITOGENETICA SU MATERIALE ABORTIVO

L'indagine citogenetica consente di rilevare le anomalie cromosomiche numeriche e strutturali.

Il materiale prelevato viene posto in coltura per stimolare la moltiplicazione delle cellule sulle quali eseguire l'analisi citogenetica.

Il risultato è disponibile non prima di 20 giorni dall'arrivo del campione in laboratorio. Esiste, però, una grande variabilità della crescita della coltura cellulare, dovuta a diversi fattori, a causa dei quali, in alcuni casi, può essere necessario più tempo.

In alcuni casi un'insufficiente crescita cellulare o una contaminazione colturale non consente di giungere ad una diagnosi. L'attendibilità dell'esame è altissima ma non assoluta: le anomalie cromosomiche strutturali di piccole dimensioni e le anomalie cromosomiche in mosaico a bassa frequenza possono non essere rilevate. Vi è inoltre la possibilità di errore diagnostico dovuto, prevalentemente, a contaminazione con cellule materne del materiale prelevato.

Letta l'informativa, la sottoscritta

Sig.ra \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

richiede che venga eseguita **l'analisi citogenetica su materiale abortivo** e dichiara di essere consapevole dei limiti diagnostici legati alla tecnica.

Inoltre:

dà il proprio consenso  NON dà il proprio consenso

affinché i suoi dati personali, sensibili e genetici e i suoi campioni biologici siano conservati e trattati per finalità di ricerca.

dà il proprio consenso  NON dà il proprio consenso

affinché i suoi dati personali, sensibili e genetici, e/o i risultati delle analisi sui campioni biologici siano comunicati a:

me medesimo

familiare (Cognome e Nome \_\_\_\_\_)

medico di famiglia (Cognome e Nome \_\_\_\_\_)

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

Firma del/la paziente

Firma di chi ha raccolto il consenso