

		cod. az.	MCi/903/126/MAN
		Revisione	0
		Data	06.03.2019
		Pagina	1/1
		Documento di riferimento	DCi/903/126/MAN
DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO relativa al TEST COMBINATO per la determinazione del rischio di anomalie cromosomiche nel I trimestre di gravidanza			

Io sottoscritta _____ nata a _____ il _____
e residente a _____ via/piazza _____
Telefono _____ cellulare _____

CODICE FISCALE: _____

dopo aver letto l'informativa per **la determinazione del rischio di anomalie cromosomiche nel I trimestre di gravidanza mediante test combinato** e consapevole che si tratta di un test non diagnostico e non obbligatorio, dichiaro:

- di avere ben compreso ciò che si può e non si può evidenziare con il test;
- di aver ricevuto adeguate spiegazioni alle domande poste agli operatori;
- di aver chiarito tutti i dubbi riguardanti la procedura e di aver avuto il tempo necessario per riflettere.

Pertanto, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, presto il consenso alla valutazione del rischio di anomalie cromosomiche nel primo trimestre di gravidanza, consapevole della possibilità di revocare in qualsiasi momento, prima della comunicazione del risultato, il consenso prestato. Inoltre:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla valutazione del rischio di alcune anomalie cromosomiche fetali (Sindrome di Down trisomia 21, Sindrome di Edwards trisomia 18, Sindrome di Patau trisomia 13) mediante test combinato.

Solo per i casi in cui non sia stato possibile effettuare il dosaggio su sangue materno delle due proteine (PAPP-A e free β -hCG):

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla valutazione del rischio di alcune anomalie cromosomiche fetali (Sindrome di Down trisomia 21, Sindrome di Edwards trisomia 18, Sindrome di Patau trisomia 13) mediante l'uso della sola translucenza nucale

Firma e timbro medico

Nome e cognome gestante

_____ **Data** _____

_____ **Firma** _____

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritta _____

in data _____

Dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso alla valutazione del rischio di anomalie cromosomiche nel primo trimestre di gravidanza (Sindrome di Down trisomia 21, Sindrome di Edwards trisomia 18, Sindrome di Patau trisomia 13) mediante test combinato.

Firma _____