

Modulo richiesta analisi

Data richiesta

I campi con asterisco (*) sono obbligatori

MEDICO RICHIEDENTE *

Cognome	Nome		
Struttura	Reparto		
Via	Città	Provincia	CAP
Telefono	Email contatto		
	Email invio referto		

PAZIENTE* (Probando)

Cognome	Nome		
Data di nascita	Cod. Fisc.	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Etnia
Via	Città	Provincia	CAP
Telefono	Email		

TIPO DI CAMPIONE *

Sangue <input type="checkbox"/>	Saliva <input type="checkbox"/>	Dna <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/> (specificare)
Data prelievo *			

Nel caso di analisi genomiche, il paziente, o in caso di minore, il genitore o il tutore legale dichiara di voler essere informato di eventuali risultati incidentali emersi a seguito dell'esecuzione dell'indagine richiesta e qualora si giovino di terapia, prevenzione o stato di portatore;

SI NO **ANALISI RICHIESTA****01 ANALISI MULTIGENICA NGS IN RELAZIONE AL FENOTIPO CLINICO:**

Probando <input type="checkbox"/>	Trio <input type="checkbox"/>	Duo <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------

ANALISI RICHIESTA**CODICE ANALISI R&I Genetics (R-.....)**

(Consulta la lista di analisi disponibili sul nostro sito)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

02 SEQUENZIAMENTO GENI SINGOLI

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

03 RICERCA MUTAZIONE FAMILIARE NOTA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

04 GH ARRAY

400K <input type="checkbox"/>	180K <input type="checkbox"/>	60K <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

05 ALTRO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

GENITORE

Cognome	Nome	codice
Data di nascita	Data prelievo	
Sintomatico		
Tipo di campione: Sangue <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/>		
Dna <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> (specificare)		

GENITORE

Cognome	Nome	codice
Data di nascita	Data prelievo	
Sintomatico		
Tipo di campione: Sangue <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/>		
Dna <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> (specificare)		

In caso di analisi in trio o in duo, si precisa che il referto finale sarà riferito esclusivamente al probando e potrà includere informazioni genetiche sui familiari solo relativamente a modelli di ereditarietà e/o segregazione.

Certifico che tutte le informazioni su questo modulo di richiesta sono corrette al meglio delle mie conoscenze e che il test genetico sopra indicato è richiesto in base al mio giudizio professionale e alla storia clinica e familiare del paziente. Ho spiegato i limiti di questo test e ho risposto a tutte le domande relative alla salute che il paziente aveva al meglio delle mie capacità. Comprendo che R&I Genetics srl può richiedere ulteriori informazioni cliniche e/o familiari per garantire un'interpretazione corretta dei dati genetici nel contesto clinico indicato, e accetto di condividere tali informazioni se richiesto.

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

Data

INFORMAZIONI CLINICHE *

Per favore indicare la diagnosi o il sospetto clinico e qualsiasi informazione clinica rilevante ai fini dell'esecuzione dell'analisi richiesta. Questa informativa può essere allegata o fornita compilando questa pagina. Queste informazioni sono molto importanti per l'interpretazione clinica dei risultati. Informazioni mancanti o incomplete possono portare a una non corretta interpretazione dei risultati nel contesto clinico e, di conseguenza, l'analisi potrebbe non soddisfare gli standard di qualità stabiliti dalla norma ISO 9001 e dalla norma ISO 15189 (laddove applicabile).

Elencare le principali indicazioni cliniche per questa richiesta. Si prega di includere le valutazioni cliniche più rilevanti e allegare tutti i record medici pertinenti e i risultati di analisi genetiche precedentemente eseguite e correlate all'indicazione clinica del test richiesto.

INVIERÒ TUTTI I DATI MEDICI PERTINENTI ALLEGATI A QUESTO MODULO DI RICHIESTA



Quesito diagnostico o sospetto

Indicazioni

Consenso informato per l'esecuzione di analisi genetica - adulto

Io sottoscritto/a (cognome e nome)		
Cod. Fisc.	nato/a	il
residente in via		nr.
città	provincia	paese
telefono	email	

Avendo ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia per la quale è stata richiesta questa analisi, avendo letta l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi e avendo compreso l'utilità ed i limiti (falsi negativi, falsi positivi, relatività del test in funzione del pannello di analisi prescelto) dell'analisi multigenetica,

DICHIARO di essere a conoscenza che:

- per effettuare l'analisi è necessario acquisire un mio campione biologico (es. sangue periferico o saliva) e che i rischi connessi al prelievo sono di minima entità; SI NO
- l'analisi fornisce informazioni solo in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata richiesta; SI NO
- l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche; SI NO
- il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del mio DNA, anche quella dei familiari stretti, dove sia necessario e possibile; SI NO
- nel caso sia necessaria l'analisi di segregazione famigliare, il risultato è strettamente legato alla corretta indicazione dei legami di parentela dei soggetti analizzati; SI NO
- in ogni momento lo desidero posso chiedere l'accesso ai miei dati o la loro cancellazione; SI NO
- il titolare del trattamento è R&I Genetics s.r.l., numero di tel.0498705062, Email: privacy@rigenetics.com e il responsabile della protezione dei dati è il Dott. Andrea Orsi reperibile ai riferimenti citati. SI NO

ACCONSENTO all'esecuzione del seguente test genetico (specificare l'analisi)

AUTORIZZO l'invio del referto al **MEDICO RICHIEDENTE** l'analisi (come indicato nel Modulo Richiesta Analisi)

DICHIARO, inoltre di voler

essere informato dei risultati dell'analisi; SI NO

essere informato di eventuali risultati incidentali emersi a seguito dell'esecuzione dell'indagine richiesta e qualora si giovino di terapia, prevenzione o stato di portatore; SI NO

che il materiale biologico sia conservato e in futuro possano essere condotte ulteriori indagini a fini diagnostici per la patologia in esame. Il laboratorio conserva il materiale genetico per un massimo di 10 anni; SI NO

che il materiale biologico ed i dati clinici possano essere utilizzati in forma anonima per studi o ricerche; SI NO

autorizzare la comunicazione dei risultati del test agli appartenenti alla mia stessa linea genetica, su loro richiesta, qualora tali risultati siano indispensabili per evitare un pregiudizio per la loro salute, ivi compreso il rischio riproduttivo (Garante per la Protezione dei Dati Personali, registro dei provvedimenti n. 258, 24/06/2011, par. 9, comunicazione e diffusione dei dati). SI NO

Data _____

Firma _____

Medico che ha raccolto il consenso

Firma _____