

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*

Cognome	Nome		
Data di nascita	Cod. Fisc.	Sesso M ☐ F ☐	Etnia
Via	Città	Provincia	CAP
Telefono	Email		

TIPO DI CAMPIONE *

Sangue ☐	Dna ☐	Altro ☐ (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 ☐

GENITORE

Cognome	Nome		
Cod. Fisc.	Sesso	M ☐	F ☐
Data di nascita	Data prelievo		
Sintomatico			
Tipo di campione: Sangue ☐ Dna ☐			
Altro ☐ (specificare)			

codice

GENITORE

Cognome	Nome		
Cod. Fisc.	Sesso	M ☐	F ☐
Data di nascita	Data prelievo		
Sintomatico			
Tipo di campione: Sangue ☐ Dna ☐			
Altro ☐ (specificare)			

codice

ANALISI RICHIESTA

☐ Probando
 ☐ Trio
 ☐ Duo

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.

01 ANALISI MULTIGENICA NGS

PANNELLO RICHIESTO	CODICE ANALISI R&I Genetics (R-.....) (Consultare la lista di analisi disponibili sul nostro sito www.rigenetics.com)
☐	R-
☐	R-
☐	R-
☐	R-
☐	R-

02 SEQUENZIAMENTO GENI SINGOLI

03 RICERCA MUTAZIONE FAMILIARE NOTA (allegare referto del familiare, se disponibile)

La variante da ricercare è stata identificata in un probando R&I Genetics? SI ☐ NO ☐

Indicare cognome e nome del probando: _____ Grado di parentela: _____

04 CGH ARRAY

☐ 400K
 ☐ 180K
 ☐ 60K

05 ALTRO

☐ C9orf72	☐ SMN1 / SMN2
☐ DMPK	☐
☐ FMR1	☐
☐ HTT	☐

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 fornito al paziente il modulo Informativa e Trattamento Dati Personali. 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

Firma _____ Data _____

INFORMAZIONI CLINICHE * nello spazio sottostante o tramite allegato

Si raccomanda di indicare la diagnosi o il sospetto clinico e qualsiasi informazione clinica rilevante ai fini dell'esecuzione dell'analisi richiesta. 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).

Quesito o sospetto diagnostico* (da compilare obbligatoriamente)

ALLEGO TUTTI I DATI MEDICI PERTINENTI A QUESTO MODULO DI RICHIESTA ☐ in alternativa compilare:

Indicazioni cliniche*

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 letto 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 multigenica,

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 familiare, 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. 049 8705062, Email: privacy@rigenetics.com e il responsabile della protezione dei dati è il Dott. Andrea Orsi reperibile ai riferimenti citati (come da informativa al trattamento dei dati ricevuta). 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)

Cognome e Nome

Email

DICHIARO, inoltre di volere

- 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
paziente

Medico che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome

Firma

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEL CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a

nato/a

il

dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) relativa al trattamento dei propri dati personali, fornendo il consenso al trattamento dei dati come nella informativa stessa indicato.

Data

Firma paziente/
interessato