

Modulo di richiesta analisi genetica

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratorio analisi mediche

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – PO Box 128 – CH-1015 Losanna

Tel.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 – info@genepredictis.com



ANAMNESI DEL PAZIENTE

PesoKg
Altezzam
Fumatore	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ex fumatore sig./giorno
Alcol	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no bicchieri/giorno
Attività fisica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ore/settimana
Ipertensione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Malattie cardiovascolari	
Colesterolo	
Diabete	
Allergie	
Allergie farmaci	
Malattie renali	
Malattie epatiche	
Neoplasia	
Menopausa	<input type="checkbox"/> pre <input type="checkbox"/> post
Altre malattie	

ANAMNESI FAMILIARE

Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no parentela e dettagli: dettaglio :
Diabete	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no parentela e dettagli:
Osteoporosi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no parentela e dettagli:
Neoplasia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no parentela e dettagli:
Obesita	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no parentela e dettagli:
Ipertensione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no parentela e dettagli:
Degenerazione maculare	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no parentela e dettagli:
Glaucoma	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no parentela e dettagli:
Altre malattie	

Modulo di richiesta analisi genetica

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratorio analisi mediche

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – PO Box 128 – CH-1015 Losanna

Tel.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 – info@genepredictis.com



ATUALE TRATAMENTO

Prodotti farmaceutici (dose)	
Integratore alimentare (dose)	

NUTRIZIONE (solo per GP-NUTRIPASS)

Latte alimentare	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no bic./giorno
Consumo di latticini	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no che
Consumo di pesce	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no volte/settimana tipo
Consumo di carne rossa (manzo, agnello, cavallo)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no volte/settimana
Consumo di carni bianche (maiale, pollo, vitello, ecc)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no volte/settimana
Consumo di carne alla griglia ad alta temperatura (grill, stufa)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no volte/settimana
Consumo di uova	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no volte/settimana
Consumo di frutta	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no volte/settimana che :
Consumo di verdura	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no volte/settimana che :
Consumo di prodotti di soia contenenti	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no volte/settimana
Consumo di caffè /tè	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no tazza/giorno

Modulo di richiesta analisi genetica

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratorio analisi mediche

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – PO Box 128 – CH-1015 Losanna

Tel.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 – info@genepredictis.com



Consumo di bevande zuccherate	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no bic./giorno
Consumo di prodotti senza glutine (pasta, pane, cereali)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no volte/settimana
Consumo di « fastfood »	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no volte/settimana Tipo :
Consumo di olio d'oliva	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no cucchiaio/giorno
Consumo di olio di semi di lino	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no cucchiaio/giorno
Consumo di olio di colza	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no cucchiaio/giorno
Consumo di burro	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no cucchiaio/giorno
Consumo di altri oli	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no cucchiaio/giorno Tipo :

Modulo di richiesta analisi genetica

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratorio analisi mediche

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – PO Box 128 – CH-1015 Losanna

Tel.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 -info@genepredictis.com



CONSENSO INFORMATO A TEST GENETICI

Cognome: Nome: Data di nascita:

“Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto consulenza genetica in conformità con le leggi svizzere e di aver avuto tempo sufficiente a disposizione per riflettere e rispondere alle domande. Il sottoscritto medico richiedente invierà il mio tampone orale a Gene Predictis SA, che lo analizzerà. La relazione dell'analisi basata sul DNA estratto dal mio tampone orale mi verrà consegnata dal sottoscritto medico richiedente”.

Con il presente modulo accetto di sottopormi ai test genetici indicati di seguito:

- Analisi molecolare del mio DNA per la ricerca del polimorfismo o varianti genetiche che sono associati con il metabolismo dei farmaci che prendo o che o intenzione di prendere.
- Analisi molecolare del mio DNA per la sensibilità e/o predisposizione alle malattie in base ai profili di Predictis®

Campione: tampone orale sangue EDTA

Autorizzo altresì la conservazione del campione dopo il test:

- Se possibile, il mio campione o campioni saranno conservati per analisi future nel mio interesse e solo su mia richiesta. Tale campione o campioni potranno inoltre essere utilizzati in forma anonima da Gene Predictis SA o da terzi per fini connessi a ricerca, pianificazione o analisi statistiche.
- Se possibile, il mio campione o campioni saranno conservati per analisi future nel mio interesse e solo su mia richiesta.
- Il mio campione verrà gettato dopo l'analisi.

Per quanto riguarda la memorizzazione dei dati in un database crittografato, la mia decisione è in seguito:

Autorizzo a Gene Predictis SA, di aggiungere i risultati delle mie analisi genetiche in un database criptato che viene gestito e mantenuto da Gene Predictis SA o sotto loro controllo di terza mano con la riservatezza soggetto. I miei dati saranno accessibili solo a Gene Predictis SA. Sono d'accordo che Gene Predictis SA fornisce queste informazioni su un sito Web gestito solo da Gene Predictis SA a condizione che l'accesso al sito è protetto da una password. Solo io e il mio medico richiedente (il sottoscritto) sono al corrente di questa password (fatta salva la accesso ai dati da parte del debitore di mantenere il segreto amministratore di database). In questo caso, comunico io stesso la password ad altri medici, se io lo desiderassi.

Io non autorizzo a Gene Predictis SA di aggiungere i risultati delle mie analisi genetiche in un database crittografato ce viene gestito solo da Gene Predictis SA..

La mia decisione come deve essere somministrato la mia cartella clinica è :

- Sono interessata (o) se Gene Predictis® esegue il follow-up del mio medico. Solo per il mio proprio benessere, autorizzo Gene Predictis di mettersi in contatto con me via e-mail.
- Sono interessata (o) a essere regolarmente informata (o) via « News Gene e-letter » dell'evoluzione delle conoscenze e delle applicazioni nel campo della medicina predittiva, attraverso Gene Predictis®.

Il mio indirizzo email è : _____

Firma:..... Luogo e data:

(genitore/rappresentante legale se applicabile)

Medico richiedente:

“Dichiaro di aver fornito una spiegazione esauriente del test e dei suoi limiti al summenzionato paziente. Dichiaro altresì di aver risposto in maniera adeguata alle domande del paziente”.

Nome del medico richiedente:.....

NPA del medico richiedente:.....

Luogo e data:..... Firma e timbro del medico:.....