

Modulo di richiesta analisi Pill Protectt®



gene predictis

BECAUSE I AM UNIQUE

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratorio analisi mediche

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Losanna

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

Biologa responsabile: Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Genetica medica

DATI DEL PAZIENTE	MEDICO RICHIEDENTE
<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> Altro	(Timbro o dettagli di contatto e numero RCC)
Cognome: _____	
Nome: _____	
Data di nascita: _____	Copia a : _____
Indirizzo 1: _____	La relazione del medico deve essere redatta in:
Indirizzo 2: _____	<input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Inglese
CP: _____	<input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Italiano
Città: _____	
Assicurazione: _____	
Numero assicurato: _____	
Numero AVS13 <u>756.</u> _____	Data di prelievo: _____
Primeo : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Striscio boccale <input type="checkbox"/> Sangue-EDTA
Fattura : <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Assicurazione <input type="checkbox"/> Altro (fornire informazioni di contatto complete di seguito)	
Indicazioni:	
Informazioni cliniche:	

PesoKg
Altezzam
Fumatore	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ex fumatore sig./giorno
Alcol	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no bicchieri/giorno
Attività fisica	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no ore/settimana
Ipertensione	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Trombosi/Embolia polmonare	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Dettagli:
Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Colesterolo	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Diabete	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Allergie (alimentari e farmaci):	
Menopausa	<input type="checkbox"/> pre <input type="checkbox"/> post
Altre malattie:	

Pillole anticoncezionali per le quali è richiesta una valutazione dei rischi (massimo 3):

Attuale metodo contraccettivo:

Durata dell'attuale metodo contraccettivo:

Precedente metodo contraccettivo (nome e durata):

Altre terapie in corso (nome e dosaggio):

Anamnesi familiare

Malattie cardiovascolari sì no parentela e dettagli:

Trombosi/Embolia sì no parentela e dettagli:

Diabete sì no parentela:

Osteoporosi sì no parentela:

Obesità sì no parentela:

Ipertensione sì no parentela:

Altra patologia

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.

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

- Analisi per la diagnosi di una condizione genetica (nome della malattia):
- 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.
 SI NO

Se seleziona "NO", il mio campione verrà gettato dopo l'analisi.

Sono d'accordo con la memorizzazione anonima e l'utilizzo dei miei campioni e dati allo scopo di migliorare la qualità delle analisi genetiche. SI NO

Utilizzazione del mio campione e dei miei dati per la ricerca

Inoltre, i campioni e i dati di analisi possono essere utili per la ricerca. Se siete interessato a partecipare a un progetto di ricerca, potete indicarlo qui. Se necessario, vi contatteremo nuovamente per darvi maggiori informazioni. In questa fase, la sua risposta non implica alcun impegno da parte sua. In principio, sono d'accordo che il campione e i miei dati siano archiviati e utilizzati per la ricerca. SI NO

Il mio indirizzo email é : _____

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:.....