

Modulo di richiesta analisi farmacogenetica

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 Cognome _____ Nome: _____ Data di nascita: _____ Indirizzo 1: _____ Indirizzo 2: _____ CP: _____ Città: _____ Assicurazione: _____ Numero assicurato: _____ Numero AVS13 756. _____ Primeo : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | (Timbro o dettagli di contatto e numero RCC) Copia a : _____ La relazione del medico deve essere redatta in: <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Italiano Richiesta di traduzione (costo aggiuntivo ¹): <input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Spagnolo <input type="checkbox"/> Cinese semplificato Data di prelievo: _____ <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: | |

| |
|--|
| Peso: Kg Altezza: m |
| Fumatore: <input type="checkbox"/> sì __sig./giorno <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ex fumatore |
| Malattie: |
| Allergie: |
| Medicamenti (dose) : |
| Anamnesi familiare (parentela e dettagli): |

Modulo di richiesta analisi farmacogenetica

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



Lista delle analisi

- HLA-A*3101 (Carbamazepina) ⁽¹⁾
- HLA-B*1502 (Carbamazepina, Asiatica) ⁽¹⁾
- HLA-B*5701 (Abacavir) ⁽¹⁾
- CYP1A2
- CYP2A6
- CYP2B6
- CYP2C9
- CYP2C19
- CYP3A4
- CYP3A5
- BCHE
- NAT2
- GSTM1
- GSTP1
- GSTT1
- SULT1A1
- DPD (5-Fluorouracil) ⁽¹⁾
- TPMT (Tiopurina) ⁽¹⁾
- UGT1A1 (Irinotecan) ⁽¹⁾
- IL28B (PEG-IFN/Ribavirin)
- ABCB1 (MDR1)
- ABCB2
- SLC19A1
- SLC22A1
- CYPASS®
- CYPASS® extended
- CYPASS®-PSY
- Warfarin/Coumarin (CY2C9+VKORC1)
- Clopidogrel - CYP2C19
- Tamoxifene - CYP2D6
- Statine
- MTHFR
- Altro:

⁽¹⁾ Queste analisi vengono effettuate in un laboratorio esterno.

Tutte le altre analisi sono coperte dall'assicurazione complementare PRIMEO sotto i loro termini e condizioni.

Modulo di richiesta analisi farmacogenetica

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



Altri medicinali associati a test di farmacogenetica secondo il CPIC (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium, <https://cpicpgx.org/>) o il DPWG (Dutch Pharmacogenetics Working Group)

| Farmaco | Gene | Farmaco | Gene |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Abacavir | HLA-B 57:01:01 | Metoprololo | CYP2D6 |
| Acenocumarolo | VKORC1 | Nortriptilina | CYP2D6 |
| Allopurinolo | HLA-B 58:01 | Omeprazolo | CYP2C19 |
| Amitriptilina | CYP2C19, CYP2D6 | Ondansetron | CYP2D6 |
| ¹ Aripiprazolo | CYP2D6 | Oxcarbazepina | HLA-A 31:01, HLA-B 15:02 |
| Atazanavir | UGT1A1 | Pantoprazol | CYP2C19 |
| Atomoxetina | CYP2D6 | Paroxetina | CYP2D6 |
| Atorvastatina | SLCO1B1 | Peginterferone alfa-2a | IFNL3 |
| ¹ Brexpiprazolo | CYP2D6 | Peginterferone alfa-2b | IFNL3 |
| Carbamazepina | HLA-A 31:01, HLA-B 15:02 | Fenprocumone | VKORC1 |
| ¹ Citalopram | CYP2C19 | Fenitoina | CYP2C9, HLA-B 15:02 |
| ¹ Clomipramina | CYP2C19, CYP2D6 | Pimozide | CYP2D6 |
| Clopidogrel | CYP2C19 | Propafenone | CYP2D6 |
| Codeina | CYP2D6 | ¹ Risperidone | CYP2D6 |
| Desipramina | CYP2D6 | Ribavirina | IFNL3 |
| Doxepina | CYP2C19, CYP2D6 | Sertralina | CYP2C19 |
| Efavirenz | CYP2B6 | Simvastatina | SLCO1B1 |
| Eliglustat | CYP2D6 | Tacrolimus | CYP3A5 |
| ¹ Escitalopram | CYP2C19 | Tramadolo | CYP2D6 |
| Flecainide | CYP2D6 | Trimipramina | CYP2C19, CYP2D6 |
| Flucloxacillina | HLA-B 57:01 | Tropisetron | CYP2D6 |
| Fluvoxamina | CYP2D6 | ¹ Venlafaxina | CYP2D6 |
| Glimepiride | CYP2C9 | Voriconazolo | CYP2C19 |
| Aloperidolo | CYP2D6 | Warfarina | CYP2C9, CYP4F2, VKORC1 |
| Imipramina | CYP2C19, CYP2D6 | ¹ Zuclopentixolo | CYP2D6 |
| Lansoprazolo | CYP2C19 | | |

¹Un test farmacogenetico è raccomandato da Swissmedic prima della prescrizione.

Modulo di richiesta analisi farmacogenetica

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



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

In caso di prescrizione di test CYPASS, CYPASS EXTENDED, CYPASS-PSYCHIATRIA, EXCLUSIVE o BETTER AGEING, i risultati dell'analisi possono essere memorizzati in un database crittografato

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. 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:.....