

Modulo di richiesta analisi oncogenetiche

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratorio analisi mediche

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

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

Biologista responsabile: Dott.ssa K. AFSHAR PhD, FAMH Genetica medicale



DATI DEL PAZIENTE	MEDICO RICHIEDENTE
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <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: _____	Richiesta di traduzione (costo aggiuntivo ¹):
Assicurazione: _____	<input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Spagnolo
Numero assicurato: _____	<input type="checkbox"/> Cinese semplificato
Numero AVS13 756.	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:	

ANALISI RICHIESTE:

Sangue-EDTA – 2 tubi (2-5ml) :

Carcinoma mammario e/o ovarico (NGS e MLPA⁽²⁾):

BRCA1 e BRCA2

Seno⁽²⁾: *BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53, CDH1, BARD1*

Ovaio⁽²⁾: *BRCA1, BRCA2, PALB2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, RAD51C, RAD51D, EPCAM*

Seno&ovaio⁽²⁾: *BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53, RAD51C, RAD51D*

Seno&ovaio lungo ^(2;1): *BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53, CDH1, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, RAD51C, RAD51D, EPCAM*

⁽¹⁾ È richiesta l'applicazione da parte di un genetista medico per pannelli di più di 10 geni.

Gene aggiuntivo (da scegliere tra i geni menzionati in questa domanda):

Cancro della prostata (NGS et MLPA⁽²⁾) :

BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, EPCAM, HOXB13, NBN

Cancro del colon (NGS e MLPA⁽²⁾):

Sindrome di Lynch / HNPCC : MLH1, MSH2, MSH6, EPCAM, PMS2

Poliposi: APC, MUTYH

Modulo di richiesta analisi oncogenetiche

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratorio analisi mediche

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

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

Biologista responsabile: Dott.ssa K. AFSHAR PhD, FAMH Genetica medicale



Mutazione familiare nota (Sanger):

Gene:..... Mutazione:..... Tipo di cancro:.....

Altre informazioni:

Sangue-EDTA – 1 tubo (2-5ml) :

Analisi onco-pharmacogénétique :

CYP2D6 (Tamoxifene)

TPMT (Tiopurina)

DPD (5-fluorouracile)

UGT1A1 (irinotecano)

CYPASS (analisi completa di citocromi, trasportatori ed enzimi di fase II)

Per ulteriori test, fare riferimento alla nostra scheda di applicazione farmacogenetica

⁽²⁾ Queste analisi devono essere effettuate in un laboratorio esterno.

Modulo di richiesta analisi oncogenetiche

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratorio analisi mediche

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

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

Biologista responsabile: Dott.ssa K. AFSHAR PhD, FAMH Genetica medicale

Secondo



Società Svizzera
di Genetica
Medica

Consenso informato all'esecuzione di analisi genetiche

Dicembre 2015

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____

Confermo che nell'ambito di una consulenza genetica sono stata/o informata/o sui diversi aspetti di un'analisi genetica, descritti sul foglio informativo "Informazioni per pazienti". Confermo di aver compreso l'informazione ricevuta e di aver avuto sufficiente tempo di riflessione.

Consento all'esecuzione della/e seguente/i analisi genetica/che:

_____ prenatale postnatale predittivo/presintomatico

Per la seguente malattia: _____

Sul seguente campione biologico (p. es. sangue, fluido amniotico, tessuto): _____

- Sono d'accordo che, se necessario, una fase tecnica della mia analisi potrà essere effettuata in un laboratorio estero accreditato competente, in conformità delle condizioni previste dalla legge e dai regolamenti svizzeri, compresa la protezione dei dati. SI NO

Risultati inattesi: Nel caso in cui le analisi rivelassero risultati non prettamente legati all'analisi richiesta (cosiddetti "risultati inattesi"), desidero essere informata/o come segue:

- Portatrice/ore di una malattia per la quale sono disponibili misure preventive e/o terapeutiche: SI NO
- Portatrice/ore di una malattia per la quale non sono ancora disponibili misure preventive / terapeutiche: SI NO
- Portatrice/ore sana/o di una malattia recessiva che potrebbe manifestarsi nella seguente generazione o in parenti: SI NO
- Altra decisione: _____

Se non vengono date risposte a queste domande, si parte dal presupposto che la/il paziente NON vuole essere informata/o su risultati inattesi.

Conservazione e utilizzo del materiale biologico rimanente e di risultati di laboratorio per successive analisi

- Sono d'accordo che il materiale biologico rimanente e che i dati di laboratorio sono conservati per eventuali ulteriori analisi. Per ulteriori analisi è necessario il mio consenso. SI NO
Nel caso in cui la/il paziente decidesse di no, il campione biologico sarà distrutto dopo l'analisi!
- Sono d'accordo che il materiale biologico rimanente e che i dati di laboratorio possono venir usati in forma anonima per controlli di qualità. SI NO

L'uso del Suo campione biologico e dei dati di laboratorio per motivi di ricerca

Se di principio Lei fosse d'accordo alla partecipazione a studi di ricerca, può dichiararlo qui sotto. In caso positivo, Lei sarebbe contattata/o in un secondo tempo con informazioni più precise. Una risposta positiva **non comporta ancora un consenso** alla partecipazione a studi concreti di ricerca.

- Di principio sono d'accordo che il mio campione biologico e i miei dati di laboratorio possono venir usati per motivi di ricerca. SI NO

Firma : _____ Luogo e data: _____

(Paziente o rappresentante legale: Genitore / Tutore)

Medico consulente:

Dichiaro di aver informato la/le persona/e nominata/e sopra, in base alla legge in vigore per esami genetici sull'essere umano (GUMG), sull'analisi genetica proposta compresi i limiti dell'analisi come pure di aver risposto alle domande poste.

Cognome: _____ Nome: _____

Firma: _____ Luogo e data : _____ Timbro: