

# Modulo di richiesta analisi genetica

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](mailto: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 <u>756.</u> Primeo : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(Timbro o dettagli di contatto e numero RCC)  Copia a : _____ <b>La relazione del medico deve essere redatta in:</b> <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Italiano <b>Richiesta di traduzione (costo aggiuntivo 1):</b> <input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Spagnolo <input type="checkbox"/> Cinese semplificato <b>Data di prelievo:</b> _____ <input type="checkbox"/> Striscio boccale <input type="checkbox"/> Sangue-EDTA
<b>Fattura</b> : <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 GENETICA GENE PREDICTIS® SA

<input type="checkbox"/> MTHFR (HOMOCYS)	<input type="checkbox"/> Intolleranza al lattosio	<input type="checkbox"/> Glaucoma esfoliativo
<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Intolleranza al glutine	<input type="checkbox"/> DMLE (Macula)
<input type="checkbox"/> FII	<input type="checkbox"/> Intolleranza al fruttosio	<input type="checkbox"/> Emocromatosi
<input type="checkbox"/> HLA-B27	<input type="checkbox"/> GLU-LCT	
<input type="checkbox"/> Altre analisi genetiche specifiche:		

# Modulo di richiesta analisi genetica

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](mailto:labo@genepredictis.com)

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



## PROFILI GENETICA GENE PREDICTIS® SA <sup>2</sup>

<input type="checkbox"/> CYPASS®	<input type="checkbox"/> BETTER AGEING	<input type="checkbox"/> SPORT
<input type="checkbox"/> CYPASS extended®	<input type="checkbox"/> CARDIO	<input type="checkbox"/> STATINA
<input type="checkbox"/> NUTRIPASS®	<input type="checkbox"/> THROMBO-E2	<input type="checkbox"/> NICOTINA
<input type="checkbox"/> EXCLUSIVE	<input type="checkbox"/> OSTEO	<input type="checkbox"/> ALCOL
<input type="checkbox"/> DETOX	<input type="checkbox"/> EYES	<input type="checkbox"/> WEIGHPASS
<input type="checkbox"/> Altri profili specifici: <input type="checkbox"/> CYPASS®PSY		

<sup>1</sup> Il costo aggiuntivo per la traduzione del rapporto é 300 CHF, esclusivamente il profilo genetico EXCLUSIVE e il profilo genetico NUTRIPASSE é 500 CHF. Una traduzione necessita da 3 a 5 giorni aggiuntivi.

<sup>2</sup> Il profilo genetico viene creato unicamente dopo il versamento della fattura. Si prega di prendere nota del numero dell'analisi (esempio : 346-101) e di versare sul seguente conto bancario : Banque Cantonale de Fribourg, a favore di Gene Predictis SA, conto corrente 30 01 100.583-07, Banca Clearing : 768, IBAN: CH05 0076 8300 1100 5830 7, CCP: 17-49-3, Swift/BIC: BEFRCH22. Le spese di consulenza non sono incluse nel profilo della fattura di Gene Predictis.

## ANAMNESI DEL PAZIENTE

Peso	.....Kg
Altezza	.....m
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 a farmaci	
Malattie renali	
Malattie epatiche	
Neoplasia	
Menopausa	<input type="checkbox"/> pre <input type="checkbox"/> post

# Modulo di richiesta analisi genetica

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](mailto:labo@genepredictis.com)

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



## ANAMNESI FAMILIARE

Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no parentela e dettagli: dettagli :
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	

## ATTUALE TRATTAMENTO

Prodotti farmaceutici (dose)	
Integratore alimentare (dose)	

## ALIMENTAZIONE (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 quali: .....
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

# Modulo di richiesta analisi genetica

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](mailto:labo@genepredictis.com)

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



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 quali:
Consumo di verdura	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ..... volte/settimana quali :
Consumo di prodotti contenenti la soia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ..... volte/settimana
Consumo di caffè /tè	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ..... tazza/giorno
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 quali:
Consumo di olio d'oliva	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ..... cucchiaino/giorno
Consumo di olio di semi di lino	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ..... cucchiaino/giorno
Consumo di olio di colza	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ..... cucchiaino/giorno
Consumo di burro	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ..... cucchiaino/giorno
Consumo di altri oli	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ..... cucchiaino/giorno quali:

# Modulo di richiesta analisi genetica

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](mailto: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 sia protetto da una password. Solo io e il mio medico richiedente (il sottoscritto) sono al corrente di questa password (fatta salva l'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/rapresentante 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", in conformità con la legge sull'analisi del DNA umano (LEGU)

Nome del medico richiedente:.....

NPA del medico richiedente:.....

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