

Modello Scheda di Accettazione Campioni (Laboratori/Medici)

Data: _____

INFORMAZIONI SUL CAMPIONE

Nome Campione/ Codice Campione: _____ Luogo e Data di nascita: _____

Data del prelievo: _____ Indicazioni all'esame: _____

(si ricorda che in caso di minore è necessario compilare il consenso informato dedicato allegando documenti d'identità del minore e di tutti i tutori legali)

TIPO CAMPIONE BIOLOGICO

- Sangue periferico (EDTA) Sangue periferico (EPARINA) Siero Plasma Liquido seminale
 Liquido amniotico Villi coriali Tampone _____ Altro: _____

MODALITÀ DI FATTURAZIONE

- DOTTORE/STUDIO/LABORATORIO** (secondo scheda conoscitiva in nostro possesso) **PAZIENTE** (compilare i campi sottostanti)

Nome Cognome: _____ Codice fiscale: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Indirizzo residenza: _____ n. _____ CAP: _____

Città residenza: _____ Provincia: _____

E-mail: _____

Privacy: Questo documento è stato generato da Eurofins Genoma Group ed è impiegato ad uso esclusivo di Laboratori esterni che ne facciano richiesta. Tale documento può contenere informazioni di carattere estremamente riservato e confidenziale. Qualora venga smarrito e sia in Suo possesso, La preghiamo gentilmente di informarci immediatamente al numero di telefono + (39) 06.8811270 oppure di inviarlo tempestivamente al seguente indirizzo: Eurofins Genoma Group - Laboratori e Studi Medici c/o Via Castel Giubileo, 11 - 00138 Roma. Qualsiasi utilizzo non autorizzato del contenuto di questo documento costituisce violazione dell'obbligo di non prendere visione della corrispondenza tra altri soggetti, salvo più grave illecito, ed espone il responsabile alle relative conseguenze civili e penali.

FIRMA _____

MODALITÀ DI REFERTAZIONE

- DOTTORE/LABORATORIO** **PAZIENTE:**
 Online E-mail: _____
 Posta Prioritaria Indirizzo di spedizione: _____

Le indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito <https://www.laboratoriogenoma.eu/>

Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi del Reg. EU 2016-679 all'invio del referto nelle modalità sopra indicate

FIRMA _____

SCREENING PRENATALE NON INVASIVO

- RhSafe (allegare documentazione attestante Rh negativo gestante ed Rh positivo partner)**

Settimane di gravidanza: ____+____ Gravidanza Singola Gravidanza Gemellare

- Bitest** **Preeclampsia**

GRUPPO ETNICO: _____ PESO: _____ FUMO: _____ DATA ECOGRAFIA: _____

CRL (compreso tra 45 e 85 mm): _____ NT: _____ Data UM: _____ DBP: _____ EG: _____

- Soft markers:** Osso nasale Femore corto Pilectasia
 Foci ecogenici cardiaci Intestino iperecogeno Omero corto
 Cisti plessi corioidei Arteria ombelicale Altro: _____

- Gravidanza gemellare:** Sì No Gravidanza monooriale Gravidanza bicoriale
 Gravidanza da ovodonazione Età donatrice: _____

Citogenetica Classica	Citogenetica Molecolare
<input type="checkbox"/> Cariotipo Classico <input type="checkbox"/> Alfa-fetoproteina (AFP)	QF-PCR: <input type="checkbox"/> 21,XY <input type="checkbox"/> 21,18,13,XY <input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare (array-CGH)
Genetica Molecolare - Prenatale	
Fibrosi Cistica: <input type="checkbox"/> 34 mutazioni <input type="checkbox"/> 139 mutazioni <input type="checkbox"/> 152 mutazioni <input type="checkbox"/> Intero gene	Beta Talassemia : <input type="checkbox"/> Principali Mutazioni <input type="checkbox"/> Intero gene
Sordità Ereditaria (GJB2): <input type="checkbox"/> Principali Mutazioni <input type="checkbox"/> Intero gene	<input type="checkbox"/> Sordità Ereditaria (GJB6) intero gene
<input type="checkbox"/> X-Fragile	<input type="checkbox"/> SMA-Atrofia Muscolare Spinale
<input type="checkbox"/> Distrofia Muscolare Duchenne/Becker (DMD/DMB)	<input type="checkbox"/> PrenatalScreen® Focus 31 Malattie Genetiche Fetali
<input type="checkbox"/> PrenatalScreen® 1000 Malattie Genetiche Fetali	<input type="checkbox"/> Distrofia miotonica (DMPK)
	<input type="checkbox"/> Altro: _____

Citogenetica	Infertilità Maschile
<input type="checkbox"/> Cariotipo Classico <input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare (array-CGH)	<input type="checkbox"/> Microdelezioni cromosoma Y <input type="checkbox"/> FISH su liquido seminale
<input type="checkbox"/> Oligo-array <input type="checkbox"/> Cariotipo di Coppia <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> TUNEL Test <input type="checkbox"/> Altro: _____
Genetica Molecolare - Postnatale	
Fibrosi Cistica: <input type="checkbox"/> 34 mutazioni <input type="checkbox"/> 139 mutazioni <input type="checkbox"/> 152 mutazioni <input type="checkbox"/> Intero gene	
Beta Talassemia: <input type="checkbox"/> 23 Principali Mutazioni <input type="checkbox"/> Intero gene	
Emocromatosi: <input type="checkbox"/> 3 mutazioni <input type="checkbox"/> 12 mutazioni <input type="checkbox"/> 18 mutazioni	
<input type="checkbox"/> SMA-Carrier Test <input type="checkbox"/> Distrofia Muscolare DMD/DMB MLPA Carrier test	
<input type="checkbox"/> X-Fragile-Fraxa	
<input type="checkbox"/> Sordità Ereditaria (GJB6) Intero gene <input type="checkbox"/> Sordità Ereditaria (GJB2): <input type="checkbox"/> Principali Mutazioni <input type="checkbox"/> Intero gene	
GeneScreen®: <input type="checkbox"/> Focus (30 geni) <input type="checkbox"/> Easy (300 geni) <input type="checkbox"/> Standard (550 geni) <input type="checkbox"/> Expanded (1000 geni)	
GEome: <input type="checkbox"/> Clinical <input type="checkbox"/> Proband (WES) <input type="checkbox"/> Trio (WES) <input type="checkbox"/> AutismScreen®	
Fattore V: <input type="checkbox"/> Leiden <input type="checkbox"/> H1299R MTHFR: <input type="checkbox"/> C677T <input type="checkbox"/> A1298C <input type="checkbox"/> Fattore II Protrombina <input type="checkbox"/> Beta Fibrinogeno <input type="checkbox"/> PAI-1 <input type="checkbox"/> HPA	
<input type="checkbox"/> ApoE <input type="checkbox"/> ApoB <input type="checkbox"/> ACE <input type="checkbox"/> AGT Pannello trombofilia: <input type="checkbox"/> 4 mutazioni <input type="checkbox"/> 5 mutazioni <input type="checkbox"/> Abortività ricorrente <input type="checkbox"/> 15 mutazioni	
CardioScreen®: <input type="checkbox"/> Cardiomiopatie <input type="checkbox"/> Arresto cardiaco improvviso <input type="checkbox"/> Emofilia A - Fattore VIII intero gene	
<input type="checkbox"/> Altro _____	
Oncologia Molecolare - Onconext® Allegare scheda di accettazione dedicata	
OncoNext® Risk: <input type="checkbox"/> BRCA 1 <input type="checkbox"/> BRCA 2 <input type="checkbox"/> Altro: _____	
OncoNext® Tissue: _____ OncoNext® Liquid: _____	
Farmacogenetica	
<input type="checkbox"/> CYP1A2 <input type="checkbox"/> CYP2C9 <input type="checkbox"/> CYP2C19 <input type="checkbox"/> CYP3A4 <input type="checkbox"/> CYP3A5 <input type="checkbox"/> CYP3A7 <input type="checkbox"/> CYP2D6 <input type="checkbox"/> DPYD	
<input type="checkbox"/> TPMT <input type="checkbox"/> NAT2 <input type="checkbox"/> GSTP1 <input type="checkbox"/> UGT1A1 <input type="checkbox"/> ABCB1 <input type="checkbox"/> 5HTT <input type="checkbox"/> XRCC1 <input type="checkbox"/> Altro: _____	
Infettivologia Molecolare	
<input type="checkbox"/> Trichomonas vag.	<input type="checkbox"/> Candida a.
<input type="checkbox"/> Chlamydia t.	<input type="checkbox"/> Neisseria g.
<input type="checkbox"/> Streptococco a.	<input type="checkbox"/> Ureaplasma ur.
<input type="checkbox"/> Myco.genitalium	<input type="checkbox"/> Ureaplasma par.
<input type="checkbox"/> Myco.hominis	<input type="checkbox"/> HCV Tip.
<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> HSV-1/2
<input type="checkbox"/> EBV	<input type="checkbox"/> HIV-1 RNA
<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HIV-1 DNA
<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> CMV quantitativa	<input type="checkbox"/> HIV-1 RNA quantitativa
<input type="checkbox"/> EBV quantitativa	<input type="checkbox"/> HIV-1 DNA quantitativa
<input type="checkbox"/> HBV quantitativa	<input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> HCV quantitativa	
HPV ALTO RISCHIO CE-IVD	HPV TUTTI I TIPI
<input type="checkbox"/> HPV HR Screening alto rischio CE-IVD <input type="checkbox"/> HPV Genotipiz. alto rischio CE-IVD <input type="checkbox"/> HPV Screening tutti i tipi virali <input type="checkbox"/> HPV Genotipiz. tutti i tipi	
<input type="checkbox"/> Estensione a tipizzazione HR (CE-IVD) (in caso di screening positivo) <input type="checkbox"/> Estensione a tipizzazione di tutti i tipi (in caso di screening positivo)	
Nutrigenetica - NutriNext® Allegare scheda di accettazione dedicata	
<input type="checkbox"/> Predisposizione alla celiachia	<input type="checkbox"/> Intolleranza al fruttosio
<input type="checkbox"/> Intolleranza al lattosio	<input type="checkbox"/> Salute delle Ossa
<input type="checkbox"/> Sensibilità al nichel	<input type="checkbox"/> Weight Control
<input type="checkbox"/> Sensibilità alla caffeina	<input type="checkbox"/> Risposta Infiammatoria
<input type="checkbox"/> Sensibilità ai solfiti	<input type="checkbox"/> Active Sport Injury
<input type="checkbox"/> Intolleranza all'alcol	<input type="checkbox"/> Intolerance Complete
<input type="checkbox"/> Stress-Ossidativo Antiaging	<input type="checkbox"/> Health & Wellness Complete
<input type="checkbox"/> Metabolismo dell'Omocisteina	<input type="checkbox"/> Active Sport Complete
<input type="checkbox"/> Salute Cardiovascolare	<input type="checkbox"/> NutriNext® Complete
<input type="checkbox"/> Active Sport Performance	<input type="checkbox"/> NutriNext® Baby

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI GENETICHE (Prenatali/Postnatali)

Io sottoscritto/a _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Provincia _____ Via _____ Cap _____

Documento di Identità: _____ Nr. _____

Rilasciato il _____ da _____

Codice Fiscale: _____

Recapiti: Telefono: _____ e-mail: _____

DICHIARO

di aver ricevuto, nel corso del colloquio con il/la Dottore/Dottoressa _____ avvenuto in data _____, dettagliate informazioni sull'analisi genetica che mi accingo ad eseguire, di aver compreso e valutato tutti gli aspetti dell'esame, di aver compreso l'utilità e le finalità dell'analisi genetica ed i suoi eventuali limiti. Ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti. In particolare:

- mi è stato spiegato lo scopo del test;
- mi sono stati spiegati i limiti del test;
- ho discusso sui possibili rischi, benefici e limiti connessi al test;
- ho compreso che l'esito del test genetico può comportare conseguenze mediche e psicologiche, per me e la mia famiglia;
- ho compreso il significato di possibili risultati del test (anche inattesi);
- sono stato/a informato/a delle persone che avranno accesso al campione biologico;
- sono stato/a informato/a delle persone che avranno accesso all'esito del test;
- di poter revocare il consenso in qualsiasi momento, mediante la firma del relativo atto di revoca.

Pertanto:

ACCONSENTO

all'esecuzione della/e seguente/i analisi: _____

sul materiale biologico: **sangue periferico** **tampone buccale** **Liquido amniotico** **Villi coriali** **altro**
(indicare) _____

INDICAZIONE ALL'ANALISI

ROMA

Laboratori e Studi Medici
Sede Legale e Laboratorio
di Ricerca e Sviluppo
in Genetica Molecolare
Via Castel Giubileo, 11
00138

**Laboratorio Genetica
Medica e Diagnostica
Molecolare**
Prelievi e Consulenze
Via Castel Giubileo, 62
00138

MILANO

**Laboratorio Genetica
Molecolare e Studi Medici**
Via Enrico Cialdini, 16
(Affori Centre)
20161

FIRENZE

Laboratorio e studi medici
Via Cavour, 168r
50121



DICHIARO inoltre di:

- Volere NON volere essere informata/o circa i risultati dell'analisi;
-
- Volere NON volere Rendere partecipe dei risultati il Dott. _____
-
- Volere NON volere che il materiale biologico possa essere utilizzato in futuro, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per ulteriori indagini a fini diagnostici presso il centro che esegue le analisi;
-
- Volere NON volere che il materiale biologico possa essere utilizzato in futuro, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per ulteriori indagini a fini diagnostici presso altri centri, anche fuori dall'Unione Europea;
-
- Volere NON volere essere informata/o circa i risultati delle ulteriori indagini a fini diagnostici effettuate;
-
- Volere NON volere essere informata/o dei risultati delle analisi anche in relazione a notizie inattese, che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza delle scelte riproduttive;
-
- Volere NON volere che il materiale biologico e i loro referti anonimizzati possano essere utilizzati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per scopi di ricerca e/o per studi finalizzati alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico e per informazioni sulle prestazioni del laboratorio;
-
- Volere NON volere essere informata/o circa i risultati della ricerca.
-

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016.

Ai fini di quanto detto e concordato sopra, dichiaro che Eurofins Genoma Group S.r.l. mi ha informato che il trattamento dei dati personali da me forniti sarà effettuato nel rispetto della normativa di legge e nel rispetto dei diritti ed obblighi conseguenti, e cioè: **1) TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Il Titolare del trattamento è la società Eurofins Genoma Group s.r.l. - Via di Castel Giubileo 11 - 00138 Roma; **2) FINALITÀ DEL TRATTAMENTO:** a) Dare esecuzione alle operazioni contrattualmente convenute; b) Effettuare presso ogni ente, pubblico o privato, gli adempimenti connessi o strumentali al contratto, compresi quelli di natura fiscale e tributaria; c) Per finalità gestionali, e/o per fini di ricerca o statistici; d) Per informazioni mediche e aggiornamenti scientifici. **3) LUOGO DEL TRATTAMENTO:** Il luogo del trattamento sono le sedi operative di Eurofins Genoma Group S.r.l. a Roma in Via Castel Giubileo n. 11, ed a Milano c/o Affori Centre in Via Enrico Cialdini 16; **4) BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO DEI DATI:** La base giuridica del trattamento è nel contratto e nei casi previsti dall'art. 6, § 1. Lett. c) del Reg. UE 679/2016 e dalla normativa nazionale; **5) FONTE DEI DATI PERSONALI:** La fonte è l'interessato, ovvero il medico curante; **6) MODALITÀ DEL TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI:** Il trattamento sarà effettuato, per le finalità sopra espresse, in forma scritta e/o su supporto cartaceo, magnetico, elettronico o telematico, con l'utilizzo di strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi e comunque sempre idonei a garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati verranno trattati per tutta la durata dei rapporti contrattuali instaurati ed anche successivamente per l'espletamento di tutti gli adempimenti di legge; **7) CATEGORIE DEI DATI PERSONALI TRATTATI:** Eurofins Genoma Group S.r.l. tratta i seguenti dati: dati identificativi e di contatto dell'interessato; categorie particolari di dati personali quali: dati genetici; dati biometrici, dati relativi alla salute e tutti i dati forniti per l'esecuzione dell'analisi prevista con questa richiesta; **8) CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI:** i dati potranno essere comunicati ai soggetti esterni con i quali Eurofins Genoma Group s.r.l. intrattiene rapporti necessari allo svolgimento della propria attività (banche, assicurazioni, consulenti, vettori, ecc.) e, sempre per le finalità sopra espresse, alle seguenti categorie di incaricati e/o responsabili: a) Addetti all'ufficio commerciale; b) Addetti alle A.T.S. (Assistenza Tecnica Scientifica) corrispondenti; **9) TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO:** I dati non sono trasmessi all'estero. In ogni caso i dati trasmessi saranno esclusivamente quelli strettamente necessari allo svolgimento della procedura. In ogni caso i destinatari dei dati saranno comunque vincolati al rispetto della riservatezza e delle norme del Reg. UE 679/2016; **10) DIRITTI DELL'INTERESSATO:** l'interessato ha diritto a che i suoi dati siano trattati in modo

ROMA

Laboratori e Studi Medici
Sede Legale e Laboratorio
di Ricerca e Sviluppo
in Genetica Molecolare
Via Castel Giubileo, 11
00138

**Laboratorio Genetica
Medica e Diagnostica
Molecolare**
Prelievi e Consulenze
Via Castel Giubileo, 62
00138

MILANO

**Laboratorio Genetica
Molecolare e Studi Medici**
Via Enrico Cialdini, 16
(Affori Centre)
20161

FIRENZE

Laboratorio e studi medici
Via Cavour, 168r
50121



lecito, corretto e trasparente. Inoltre ha diritto, ove possibile, in qualunque momento di essere informato su come vengono utilizzati i dati personali; di richiedere l'accesso (art. 15); la rettifica (art. 16) o la cancellazione (art. 17) dei dati personali detenuti. Può altresì chiedere la limitazione del trattamento che lo riguarda (art. 18), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20); di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento (art. 7) senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca; di opporsi in qualsiasi momento per motivi connessi alla sua situazione particolare al trattamento dei dati personali che lo riguardano (art. 21); qualora l'interessato ritenga che il trattamento che lo riguarda violi la normativa vigente in materia ha il diritto di proporre reclamo (art. 77) ad un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo in cui si è verificata la presunta violazione. Per l'Italia tale autorità è il Garante per la Protezione dei Dati Personali <http://www.garanteprivacy.it/>. L'interessato può ottenere ulteriori informazioni sui suoi diritti, incluse le circostanze in cui si applicano, rivolgendosi all'Autorità di controllo dello Stato membro in cui risiede abitualmente. Tutti i diritti predetti potranno essere esercitati in ogni momento scrivendo al titolare del trattamento ai riferimenti sopra indicati.

TUTTO CIÒ PREMESSO AUTORIZZO

il trattamento dei propri dati personali e particolari ai sensi degli artt. 7 e 9, par. 2, lett. a) del Reg. EU 2016-679. I dati **non saranno diffusi o ceduti a terzi**.

Autorizzo inoltre a fornire notizie relative alle indagini genetiche eseguite a:

- Nessuno
- Familiari (nome e cognome) _____
- Medico (nome e cognome) _____

Il/La sottoscritto/a dichiara che quanto sopra corrisponde a verità e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito.

Data ____/____/____

Firma del paziente

Lo Specialista che ha raccolto il consenso (nome e cognome) _____

Tel. _____ E-Mail _____

Firma e timbro dello Specialista: _____

ROMA

Laboratori e Studi Medici
Sede Legale e Laboratorio
di Ricerca e Sviluppo
in Genetica Molecolare
Via Castel Giubileo, 11
00138

**Laboratorio Genetica
Medica e Diagnostica
Molecolare**
Prelievi e Consulenze
Via Castel Giubileo, 62
00138

MILANO

**Laboratorio Genetica
Molecolare e Studi Medici**
Via Enrico Cialdini, 16
(Affori Centre)
20161

FIRENZE

Laboratorio e studi medici
Via Cavour, 168r
50121



REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto preso atto che in base all'art. 17 del Reg. UE 679/2016 ho diritto alla cancellazione dei dati personali e particolari che comunicato e per i quali ho prestato il consenso al trattamento e che questa cancellazione deve avvenire senza ingiustificato ritardo qualora: a) i dati personali non siano più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati; b) non sussista altro fondamento giuridico per il trattamento; c) mi opponga al trattamento ai sensi dell'art. 21, par. 1 del sopra detto Regolamento e non sussista alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento, oppure mi opponga al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 21 par. 2 del medesimo Regolamento (trattamento dei dati per finalità di marketing diretto); d) i dati personali siano stati trattati illecitamente; e) i dati personali debbano essere cancellati per adempiere ad un obbligo legale previsto dal diritto dell'Unione o dallo Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento;

TUTTO CIÒ PREMESSO

Io sottoscritto/a _____ In data _____

dichiaro di **REVOCARE il consenso** precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle possibili conseguenze derivanti dalla mia revoca.

Firma dell'interessato _____ Timbro e Firma dello Specialista _____

ROMA

Laboratori e Studi Medici
Sede Legale e Laboratorio
di Ricerca e Sviluppo
in Genetica Molecolare
Via Castel Giubileo, 11
00138

**Laboratorio Genetica
Medica e Diagnostica
Molecolare**
Prelievi e Consulenze
Via Castel Giubileo, 62
00138

MILANO

**Laboratorio Genetica
Molecolare e Studi Medici**
Via Enrico Cialdini, 16
(Affori Centre)
20161

FIRENZE

Laboratorio e studi medici
Via Cavour, 168r
50121

