

Timbro Medici/Laboratori



Scheda di Accettazione

da inviare ad Eurofins Genoma Group

Prot.: _____

(*Campi obbligatori)

Data: _____

DATI PAZIENTE 1* *(Compilare in stampatello e selezionare la/e casella/e corrispondente/i)*

Nome*: _____ Cognome*: _____ Data di nascita*: _____

Codice fiscale*: _____ Luogo di nascita*: _____ Prov.: _____

Codice Campione (Riservato al Medico): _____ Data di prelievo*: _____ Sesso*: F M

Tipo di campione: Sangue Tampone buccale Altro: _____

Indicazione all'esame:

- Screening per donatori
- Screening preconcezionale
- Screening prenatale

- Portatore noto (*allegare referto*)
- Storia familiare (*allegare referto*)

Altro: _____

Età gestazionale: settimane _____ + giorni _____

DATI PAZIENTE 2 *(da compilare nel caso vengano inviati due campioni)*

Nome*: _____ Cognome*: _____ Data di nascita*: _____

Codice fiscale*: _____ Luogo di nascita*: _____ Prov.: _____

Codice Campione (Riservato al Medico): _____ Data di prelievo*: _____ Sesso*: F M

Tipo di campione: Sangue Tampone buccale Altro: _____

Indicazione all'esame:

- Screening per donatori
- Screening preconcezionale
- Screening prenatale

- Portatore noto (*allegare referto*)
- Storia familiare (*allegare referto*)

Altro: _____

Età gestazionale: settimane _____ + giorni _____

Nel caso in cui il partner abbia già effettuato il test del portatore, compilare i campi sottostanti

Nome and Cognome: _____ Codice campione: _____

- Referto in allegato (*selezionare in caso affermativo*)

ANALISI RICHIESTA E SERVIZI AGGIUNTIVI* *(Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> GeneScreen Focus | <input type="checkbox"/> Matching |
| <input type="checkbox"/> GeneScreen Protect | <input type="checkbox"/> Estensione (specificare il gene/i o il pannello) |
| <input type="checkbox"/> Genescreen Easy-Donor | _____ |
| <input type="checkbox"/> Genescreen Complete | _____ |

Timbro Medici/Laboratori

da inviare ad Eurofins Genoma Group

CONSENSO ALL'ANALISI* (Selezionare la casella corrispondente)

- copia in allegato
- archiviato dal Richiedente (Dottore/Studio/Laboratorio)

N.B.: Si ricorda di compilare un modulo di consenso informato per ogni paziente sottoposto all'analisi.

MODALITÀ DI FATTURAZIONE E REFERTAZIONE* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

- | <i>Fattura</i> | <i>Referto</i> |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (Secondo scheda conoscitiva)

PAZIENTE - Online (Compilare campi sottostanti)

Informazioni per fatturazione al paziente 1: Indirizzo e-mail: _____

Indirizzo di residenza: _____ n. _____ CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

Informazioni per fatturazione al paziente 2: Indirizzo e-mail: _____

Indirizzo di residenza: _____ n. _____ CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

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

PAZIENTE 1: Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi del Reg. EU 2016-679 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

PAZIENTE 2: Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi del Reg. EU 2016-679 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

E-mail*: _____ Telefono: _____

E-mail*: _____ Telefono: _____

Firma*: _____

Firma*: _____

A cura del Personale Eurofins Genoma (Indicare il numero e il tipo di campioni pervenuti):

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangue periferico (EDTA) n° _____ | Data e Ora: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangue periferico (EPARINA) n° _____ | Sigla: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tampone (<u>Specificare</u>) _____ n° _____ | |
| <input type="checkbox"/> Altro (<u>Specificare</u>) _____ n° _____ | |

Data e Ora: _____

Sigla: _____