

Timbro Medici/Laboratori



### Scheda di Accettazione

*da inviare ad Eurofins Genoma Group*

Prot.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

(\*Campi obbligatori)

#### 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:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Screening per donatori    | <input type="checkbox"/> Portatore noto (allegare referto)   |
| <input type="checkbox"/> Screening preconcezionale | <input type="checkbox"/> Storia familiare (allegare referto) |
| <input type="checkbox"/> Screening prenatale       |  |

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:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Screening per donatori    | <input type="checkbox"/> Portatore noto (allegare referto)   |
| <input type="checkbox"/> Screening preconcezionale | <input type="checkbox"/> Storia familiare (allegare referto) |
| <input type="checkbox"/> Screening prenatale       |  |

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)

**DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO** (Secondo scheda conoscitiva)

**Fattura**

☐

**Referto**

☐

**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.laboratorio-genoma.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):

- ☐ Sangue periferico (EDTA) n° \_\_\_\_\_  
☐ Sangue periferico (EPARINA) n° \_\_\_\_\_  
☐ Tampone (Specificare) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
☐ Altro (Specificare) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Data e Ora:

Sigla: