



## INFORMATIVA TEST

**Nutrifert** è un test genetico predittivo rivolto alle donne che stanno programmando una gravidanza o che hanno difficoltà di concepimento senza che sia stata loro riscontrata una diagnosi precisa o riconducibile alla sfera riproduttiva.

L'alimentazione e lo stile di vita hanno un grande impatto sulla riproduzione e la fertilità negli esseri umani, in quanto sono essenziali per alcuni processi come l'impianto, la crescita placentare, l'angiogenesi e il trasferimento di sostanze nutritive dalla madre al feto. L'interazione tra nutrizione e fertilità appare fondamentale per le prestazioni riproduttive. La relazione tra disturbi ovulatori e malattie metaboliche come il diabete suggerisce che i fattori dietetici esercitino un ruolo eziologico in alcune tipologie di infertilità.

**Nutrifert** è un test combinato di **NUTRIGENETICA** e **MEDICINA PERSONALIZZATA** che analizza specifiche varianti genetiche che in letteratura scientifica sono correlata alla fertilità e alla gestazione. La nutrigenetica è una branca della genetica che indaga l'influenza del genotipo (varianti della sequenza del DNA) sulla risposta ai cambiamenti nutrizionali e sul rischio di malattie legate all'alimentazione. Essa aiuta a correlare l'assunzione di nutrienti con lo specifico assetto genetico, affinché il metabolismo degli stessi e la funzionalità cellulare possano rendere nel migliore dei modi. La "Medicina Predittiva" è una scienza che, sulla base delle informazioni genetiche riscontrate, supporta lo specialista nell'indicare alla paziente la dieta, le abitudini personali e i monitoraggi clinici più adatti per una vita riproduttiva e una gestazione serena.

**Nutrifert** indaga tratti che giocano un ruolo importante nel ciclo della riproduzione e che possono essere regolati con dei piani alimentari personalizzati in base al risultato genetico di alcune varianti.

I tratti indagati sono:

- ✓ predisposizione all'**OBSITA'** e il **SOVRAPPESO**
- ✓ predisposizione al **DIABETE GESTAZIONALE**
- ✓ **CELIACHIA**
- ✓ predisposizione alla **SINDROME DELL'OVAIO POLICISTICO**
- ✓ predisposizione all'**ENDOMETRIOSI**
- ✓ predisposizione **RISCHIO ABORTI**
- ✓ risposta alla **STIMOLAZIONE OVARICA**



Inoltre **Nutrifert** considera varianti che possono influenzare la risposta alla stimolazione ovarica a seguito di somministrazione di FSH sotto prescrizione medica. Conoscere in quale modo risponderà una donna a seguito della stimolazione permette di modulare in modo consapevole e sicuro l'efficacia della terapia evitando il rischio di iperstimolazione o ipostimolazione ovarica.

### COME VIENE ESEGUITO IL TEST NUTRIFERT

Il test viene eseguito mediante un prelievo ematico o di cellule della mucosa buccale (tampone). Il campione viene processato seguendo un articolato iter di laboratorio.

Il DNA viene isolato dalle cellule nucleate ed in seguito amplificato o mediante tecnologia Real Time PCR o mediante analisi NGS.

### LIMITI DEL TEST

Il dato genetico derivante dall'analisi **Nutrifert** è completo solo per varianti specifiche indagate dal test. La presenza di altre eventuali varianti non vengono rilevate.

**Nutrifert** non è un test diagnostico, ma predittivo. Pertanto l'informazione genetica che si ottiene non è sufficiente ed adeguata per la diagnosi di patologie.

### RISULTATI OTTENIBILI CON IL TEST NUTRIFERT

**Nutrifert** è il risultato di un'attenta collaborazione tra medici/biologi ed esperti bioinformatici, i quali hanno sviluppato un complesso algoritmo in grado di tradurre i dati genetici in esiti chiari e di semplice lettura. Il referto evidenzia eventuali predisposizioni riscontrate e contiene opportuni suggerimenti per uno stile di vita sano ed equilibrato.



*Qualora il prelievo non venga effettuato come indicato nella procedura di raccolta il campione potrebbe non risultare idoneo all'analisi.*

**Dati anagrafici:**

(Adulto)

**Minori o persone con Tutore/i legale/i:**

(Da compilarsi obbligatoriamente da parte di entrambi i genitori/tutori)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Documento di Identità Nr: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Recapiti: Telefono: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

a) Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Documento di Identità Nr: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Recapiti: Telefono: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**E**

b) Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Documento di Identità Nr: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Recapiti: Telefono: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**Genitore/i e/o Tutore/i di:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

**DICHIARO/ IAMO**

di aver letto e compreso le informazioni dettagliate 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. In particolare nell'informativa relativa:

- mi è stato spiegato lo scopo del test;
- mi sono stati spiegati i limiti del test;
- mi è stato spiegato ed ho compreso il significato di possibili risultati del test (anche inattesi);
- sono stato informato sulle modalità di conservazione digitale dei dati a norma di legge nel territorio nazionale;

- sono stato informato sulle modalità di conservazione del campione prelevato ai fini di ricerca scientifica;
- ho compreso di poter revocare il consenso in qualsiasi momento, mediante la firma del relativo atto di revoca.

Pertanto:

**ACCONSENTO/ IAMO**

all'esecuzione della/e seguente/i analisi: \_\_\_\_\_

sul materiale biologico: ☐ **Tampone Buccale** ☐ **EDTA** ☐ **Altro (indicare)** \_\_\_\_\_

**INDICAZIONE ALL'ANALISI (in caso di minore necessaria prescrizione medica)**

---

---

**DICHIARO/ IAMO inoltre di:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Volere <input type="checkbox"/> NON volere | essere informata/o circa i risultati dell'analisi;  |
| <input type="checkbox"/> Volere <input type="checkbox"/> NON volere | che il materiale biologico possa essere utilizzato in futuro, per ulteriori indagini a fini diagnostici presso il centro che esegue il test oggetto del presente consenso informato, qualora voglia eseguire un'analisi ulteriore senza necessità di ripetere il prelievo, in conformità con le norme vigenti in materia di protezione dei dati personali e conservazione di materiale biologico. |
| <input type="checkbox"/> Volere <input type="checkbox"/> 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 <b>a fini diagnostici presso altri centri</b> , anche fuori dall'Unione Europea;   |
| <input type="checkbox"/> Volere <input type="checkbox"/> NON volere | essere informata/o circa i risultati delle ulteriori indagini a fini diagnostici effettuate;  |
| <input type="checkbox"/> Volere <input type="checkbox"/> 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;  |
| <input type="checkbox"/> Volere <input type="checkbox"/> NON volere | essere informata/o circa i risultati della ricerca.   |

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente:

Genitore/I e o Tutore/I Legale/i:

\_\_\_\_\_ a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_

Lo Specialista che ha raccolto il consenso (nome e cognome): \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Firma e timbro dello Specialista: \_\_\_\_\_