

codice

**Modulo richiesta analisi**

Data richiesta

---

I campi con asterisco (\*) sono obbligatori

**MEDICO RICHIEDENTE \***

Cognome  Nome

Struttura  Reparto

Via  Città  Provincia  CAP

Telefono  Email contatto

Email invio referto

**PAZIENTE\***

Cognome  Nome

Data di nascita  Cod. Fisc.  Sesso M  F  Etnia

Via  Città  Provincia  CAP

Telefono  Email

**TIPO DI CAMPIONE \***

Sangue  Dna  Altro  (specificare)  Data prelievo \*

Nel caso di analisi genomiche, il paziente, o in caso di minore, il genitore o il tutore legale, dichiara di voler essere informato di eventuali risultati incidentali emersi a seguito dell'esecuzione dell'indagine richiesta e qualora si giovino di terapia, prevenzione o stato di portatore: SI  NO

**GENITORE**

Cognome  Nome

Cod. Fisc.  Sesso M  F

Data di nascita  Data prelievo

Sintomatico

Tipo di campione: Sangue  Dna

Altro  (specificare)

codice

**GENITORE**

Cognome  Nome

Cod. Fisc.  Sesso M  F

Data di nascita  Data prelievo

Sintomatico

Tipo di campione: Sangue  Dna

Altro  (specificare)

codice

**ANALISI RICHIESTA**

Probando  Trio  Duo

In caso di analisi in trio o in duo, si precisa che il referto finale sarà riferito esclusivamente al probando e potrà includere informazioni genetiche sui familiari solo relativamente a modelli di ereditarietà e/o segregazione.

**01 ANALISI MULTIGENICA NGS**

PANNELLO RICHIESTO	CODICE ANALISI R&I Genetics (R-.....) (Consultare la lista di analisi disponibili sul nostro sito <a href="http://www.rigenetics.com">www.rigenetics.com</a> )
<input type="checkbox"/>	R-
<input type="checkbox"/>	R-
<input type="checkbox"/>	R-
<input type="checkbox"/>	R-
<input type="checkbox"/>	R-

**02 SEQUENZIAMENTO GENI SINGOLI**


---



---



---

**03 RICERCA MUTAZIONE FAMILIARE NOTA (allegare referto del familiare, se disponibile)**


---



---



---

La variante da ricercare è stata identificata in un probando R&I Genetics? SI  NO

Indicare cognome e nome del probando: \_\_\_\_\_ Grado di parentela: \_\_\_\_\_

**04 CGH ARRAY**

400K  180K  60K

**05 ALTRO**

<input type="checkbox"/> C9orf72	<input type="checkbox"/> SMN1 / SMN2
<input type="checkbox"/> DMPK	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FMR1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HTT	<input type="checkbox"/>

Certifico che tutte le informazioni su questo modulo di richiesta sono corrette al meglio delle mie conoscenze e che il test genetico sopra indicato è richiesto in base al mio giudizio professionale e alla storia clinica e familiare del paziente. Ho fornito al paziente il modulo Informativa e Trattamento Dati Personali. Comprendo che R&I Genetics srl può richiedere ulteriori informazioni cliniche e/o familiari per garantire un'interpretazione corretta dei dati genetici nel contesto clinico indicato, e accetto di condividere tali informazioni se richiesto.

**FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE**

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI CLINICHE \* nello spazio sottostante o tramite allegato**

Si raccomanda di indicare la diagnosi o il sospetto clinico e qualsiasi informazione clinica rilevante ai fini dell'esecuzione dell'analisi richiesta. Queste informazioni sono molto importanti per l'interpretazione clinica dei risultati. Informazioni mancanti o incomplete possono portare a una non corretta interpretazione dei risultati nel contesto clinico e, di conseguenza, l'analisi potrebbe non soddisfare gli standard di qualità stabiliti dalla norma ISO 9001 e dalla norma ISO 15189 (laddove applicabile).

Quesito o sospetto diagnostico\* ( da compilare obbligatoriamente)

**ALLEGRO TUTTI I DATI MEDICI PERTINENTI A QUESTO MODULO DI RICHIESTA  in alternativa compilare:**

Indicazioni cliniche\*

## Consenso informato per l'esecuzione di analisi genetica - minore

### DATI ANAGRAFICI DEL MINORE O TUTELATO

Cognome	Nome	
Cod. Fisc.	nato/a	il

### DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI O DEL TUTORE

lo sottoscritto/a (cognome e nome)

residente in via	nr.	
città	provincia	paese
telefono	email	
In qualità di	GENITORE <input type="checkbox"/>	TUTORE <input type="checkbox"/>

lo sottoscritto/a (cognome e nome)

residente in via	nr.	
città	provincia	paese
telefono	email	
In qualità di	GENITORE <input type="checkbox"/>	

Avendo ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia per la quale è stata richiesta questa analisi, avendo letta l'informativa consegnata dallo Specialista richiedente l'analisi e avendo compreso l'utilità ed i limiti (falsi negativi, falsi positivi, relatività del test in funzione del pannello di analisi prescelto) dell'analisi multigenica, in qualità di genitori o di tutore del diretto interessato **DICHIARIAMO/DICHIARO** di essere a conoscenza che:

- per effettuare l'analisi è necessario acquisire un campione biologico (es. sangue periferico o saliva) di mio figlio o del soggetto sotto tutela e che i rischi connessi al prelievo sono di minima entità;  SI  NO
- l'analisi fornisce informazioni solo in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata richiesta;  SI  NO
- l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche;  SI  NO
- il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del DNA del minore sopraindicato, anche quella dei familiari stretti, dove sia necessario e possibile;  SI  NO
- nel caso sia necessaria l'analisi di segregazione famigliare, il risultato è strettamente legato alla corretta indicazione dei legami di parentela dei soggetti analizzati;  SI  NO

in ogni momento si può chiedere l'accesso ai dati o la loro cancellazione;  SI  NO

il titolare del trattamento è R&I Genetics s.r.l., numero di tel. 049 8705062, Email: [privacy@rigenetics.com](mailto:privacy@rigenetics.com) e il responsabile della protezione dei dati è il Dott. Andrea Orsi reperibile ai riferimenti citati.  SI  NO

### ACCONSENTIAMO/ACCONSENTO

all'esecuzione, sul campione biologico del minore sopraindicato, del seguente test genetico (specificare l'analisi)

### AUTORIZZIAMO/AUTORIZZO l'invio del referto al MEDICO RICHIEDENTE l'analisi (come indicato nel Modulo Richiesta Analisi)

Cognome e Nome

Email

### DICHIARIAMO/DICHIARO, inoltre, di volere

essere informati/o dei risultati dell'analisi;  SI  NO

essere informati/o di eventuali risultati incidentali emersi a seguito dell'esecuzione dell'indagine richiesta e qualora si giovino di terapia, prevenzione o stato di portatore;  SI  NO

che il materiale biologico sia conservato e in futuro possano essere condotte ulteriori indagini a fini diagnostici per la patologia in esame. Il laboratorio conserva il materiale genetico per un massimo di 10 anni;  SI  NO

che il materiale biologico ed i dati clinici possano essere utilizzati in forma anonima per studi o ricerche;  SI  NO

autorizzare la comunicazione dei risultati del test agli appartenenti alla stessa linea genetica del minore sopraindicato, su loro richiesta, qualora tali risultati siano indispensabili per evitare un pregiudizio per la loro salute, ivi compreso il rischio riproduttivo (Garante per la Protezione dei Dati Personali, registro dei provvedimenti n. 258, 24/06/2011, par. 9, comunicazione e diffusione dei dati).  SI  NO

### DICHIARIAMO/DICHIARO di essere informati delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i minori e che siamo autorizzati ad esprimerlo in quanto:

madre  padre  esercente patria potestà   
 prossimo congiunto  tutore/curatore  amministratore di sostegno

L'eventuale opinione del minore assistito è stata presa in considerazione.

Dichiaro, inoltre, che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:

lontananza  impedimento

Data Firma 1 del Genitore/tutore

Data Firma 2 del Genitore

Medico che ha raccolto il consenso

Cognome e nome

Firma

**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEL CONSENSO INFORMATO – MINORE**

Il/La sottoscritto/a: (cognome e nome)

nato/a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

in qualità di:

genitore  tutore  affidatario  altro:  \_\_\_\_\_

e (ove presente altro esercente la responsabilità genitoriale)

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

in qualità di:

genitore  tutore  affidatario  altro:  \_\_\_\_\_

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sul minore:

(cognome e nome del minore) \_\_\_\_\_

nato/a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

dichiara/dichiarano di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), fornendo il consenso al trattamento dei dati come nella informativa stessa indicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma 1 del Genitore/tutore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma 2 del Genitore \_\_\_\_\_

## Consenso informato per l'esecuzione di analisi genetica - adulto

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

Cod. Fisc. nato/a il

residente in via nr.

città provincia paese

telefono email

Avendo ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia per la quale è stata richiesta questa analisi, avendo letto l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi e avendo compreso l'utilità ed i limiti (falsi negativi, falsi positivi, relatività del test in funzione del pannello di analisi prescelto) dell'analisi multigenica,

**DICHIARO** di essere a conoscenza che:

- per effettuare l'analisi è necessario acquisire un mio campione biologico (es. sangue periferico o saliva) e che i rischi connessi al prelievo sono di minima entità;  SI  NO
- l'analisi fornisce informazioni solo in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata richiesta;  SI  NO
- l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche;  SI  NO
- il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del mio DNA, anche quella dei familiari stretti, dove sia necessario e possibile;  SI  NO
- nel caso sia necessaria l'analisi di segregazione familiare, il risultato è strettamente legato alla corretta indicazione dei legami di parentela dei soggetti analizzati;  SI  NO
- in ogni momento lo desidero posso chiedere l'accesso ai miei dati o la loro cancellazione;  SI  NO
- il titolare del trattamento è R&I Genetics s.r.l., numero di tel. 049 8705062, Email: [privacy@rigenetics.com](mailto:privacy@rigenetics.com) e il responsabile della protezione dei dati è il Dott. Andrea Orsi reperibile ai riferimenti citati (come da informativa al trattamento dei dati ricevuta).  SI  NO

**ACCONSENTO** all'esecuzione del seguente test genetico (specificare l'analisi)

---

**AUTORIZZO** l'invio del referto al **MEDICO RICHIEDENTE** l'analisi (come indicato nel Modulo Richiesta Analisi)

Cognome e Nome

---

Email

---

**DICHIARO**, inoltre di volere

- essere informato dei risultati dell'analisi; SI  NO
- essere informato di eventuali risultati incidentali emersi a seguito dell'esecuzione dell'indagine richiesta e qualora si giovino di terapia, prevenzione o stato di portatore; SI  NO
- che il materiale biologico sia conservato e in futuro possano essere condotte ulteriori indagini a fini diagnostici per la patologia in esame. Il laboratorio conserva il materiale genetico per un massimo di 10 anni; SI  NO
- che il materiale biologico ed i dati clinici possano essere utilizzati in forma anonima per studi o ricerche; SI  NO
- autorizzare la comunicazione dei risultati del test agli appartenenti alla mia stessa linea genetica, su loro richiesta, qualora tali risultati siano indispensabili per evitare un pregiudizio per la loro salute, ivi compreso il rischio riproduttivo (Garante per la Protezione dei Dati Personali, registro dei provvedimenti n. 258, 24/06/2011, par. 9, comunicazione e diffusione dei dati). SI  NO

Data

Firma  
paziente

---

Medico che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome

---

Firma

---

**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEL CONSENSO INFORMATO**

Il/La sottoscritto/a

---

nato/a

il

---

dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) relativa al trattamento dei propri dati personali, fornendo il consenso al trattamento dei dati come nella informativa stessa indicato.

Data

Firma paziente/  
interessato

---

## Consenso informato per l'esecuzione di analisi genetica - adulto

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

Cod. Fisc. nato/a il

residente in via nr.

città provincia paese

telefono email

Avendo ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia per la quale è stata richiesta questa analisi, avendo letta l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi e avendo compreso l'utilità ed i limiti (falsi negativi, falsi positivi, relatività del test in funzione del pannello di analisi prescelto) dell'analisi multigenica,

**DICHIARO** di essere a conoscenza che:

- per effettuare l'analisi è necessario acquisire un mio campione biologico (es. sangue periferico o saliva) e che i rischi connessi al prelievo sono di minima entità;  SI  NO
- l'analisi fornisce informazioni solo in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata richiesta;  SI  NO
- l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche;  SI  NO
- il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del mio DNA, anche quella dei familiari stretti, dove sia necessario e possibile;  SI  NO
- nel caso sia necessaria l'analisi di segregazione familiare, il risultato è strettamente legato alla corretta indicazione dei legami di parentela dei soggetti analizzati;  SI  NO
- in ogni momento lo desidero posso chiedere l'accesso ai miei dati o la loro cancellazione;  SI  NO
- il titolare del trattamento è R&I Genetics s.r.l., numero di tel. 049 8705062, Email: [privacy@rigenetics.com](mailto:privacy@rigenetics.com) e il responsabile della protezione dei dati è il Dott. Andrea Orsi reperibile ai riferimenti citati (come da informativa al trattamento dei dati ricevuta).  SI  NO

**ACCONSENTO** all'esecuzione del seguente test genetico (specificare l'analisi)

---

**AUTORIZZO** l'invio del referto al **MEDICO RICHIEDENTE** l'analisi (come indicato nel Modulo Richiesta Analisi)

Cognome e Nome

---

Email

---

**DICHIARO**, inoltre di volere

- essere informato dei risultati dell'analisi; SI  NO
- essere informato di eventuali risultati incidentali emersi a seguito dell'esecuzione dell'indagine richiesta e qualora si giovino di terapia, prevenzione o stato di portatore; SI  NO
- che il materiale biologico sia conservato e in futuro possano essere condotte ulteriori indagini a fini diagnostici per la patologia in esame. Il laboratorio conserva il materiale genetico per un massimo di 10 anni; SI  NO
- che il materiale biologico ed i dati clinici possano essere utilizzati in forma anonima per studi o ricerche; SI  NO
- autorizzare la comunicazione dei risultati del test agli appartenenti alla mia stessa linea genetica, su loro richiesta, qualora tali risultati siano indispensabili per evitare un pregiudizio per la loro salute, ivi compreso il rischio riproduttivo (Garante per la Protezione dei Dati Personali, registro dei provvedimenti n. 258, 24/06/2011, par. 9, comunicazione e diffusione dei dati). SI  NO

Data

Firma  
paziente

---

Medico che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome

---

Firma

---

**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEL CONSENSO INFORMATO**

Il/La sottoscritto/a

---

nato/a

il

---

dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) relativa al trattamento dei propri dati personali, fornendo il consenso al trattamento dei dati come nella informativa stessa indicato.

Data

Firma paziente/  
interessato

---