

Timbro Medici/Laboratori



Data: _____

N. prot. _____

Scheda di Accettazione

INFORMAZIONI SUL CAMPIONE (compilare in stampatello)

Nome e Cognome: _____ Data di nascita*: _____

Codice Campione (Medico Inviante): _____ Data del prelievo: _____

Tipo di Campione: Tampone buccale SANGUE EDTA

Indicazioni all'Esame (*in caso di minore necessaria prescrizione medica): _____

MODALITÀ DI REFERTAZIONE (compilare in stampatello)

 DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO PAZIENTE OnlinePer attivare la **refertazione al paziente** online è obbligatorio fornire una E-mail: _____Le indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito <https://www.laboratoriogenoma.eu/>

Io sottoscritto e/o Genitore/i e/o Tutore/i _____ autorizzo ai sensi del Reg. EU 2016-679 all'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

FIRMA _____

DATI DI FATTURAZIONE (compilare in stampatello)

 DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (secondo scheda conoscitiva) PAZIENTE (compilare i campi sottostanti)**Dati Paziente**

Nome Cognome: _____ Codice fiscale: _____

Comune di nascita: _____ Provincia di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____ n. _____ CAP: _____

Città di residenza: _____ Provincia: _____

DETTAGLI ANALISI (selezionare l'analisi richiesta)

**Linea
INTOLERANCE** Predisposizione Morbo Celiaco Intolleranza al Lattosio Sensibilità all'Alcol Sensibilità alla Caffaina Sensibilità al Nichel Sensibilità all'Istamina Intolerance Complete (include tutti i pannelli della linea Intolerance)**Linea
SALUTE** Metabolismo dell'Omocisteina Salute Cardiovascolare Risposta infiammatoria Detox Salute Ossea Salute Metabolica Salute Complete (include tutti i pannelli della linea Salute)**Linea
SPORT & WELLNESS** Salute Metabolica Sport Sport & Wellness Complete (include tutti i pannelli della linea Sport & Wellness) **Nutrinext TOTAL** (include tutti i pannelli delle linee NUTRINEXT)**NB. Ricordiamo che il test di predisposizione genetica alla celiachia non prevede una tipizzazione allelica dei loci investigati, ma è volto alla ricerca degli alleli di suscettibilità alla celiachia (DQA1*03, DQA1*05, DQB1*02, DQB1*03:02, DR3, DR4, DR5, DR7, DR9)**

Privacy: Questo documento è stato generato da Eurofins Genoma Group ed è impiegato ad uso esclusivo dei pazienti 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) 06.164161500 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

Eurofins Genoma Group S.r.l a socio unico / sole shareholderSede Legale / Registered Office
Via di Castel Giubileo, 11
00138 Roma
C.F. e P.Iva 05402921000
REA 883.995
Iscr. Reg. Impr. 369761/1197Laboratorio e Studi Medici/ Laboratories
Rome - Milan
+ (39) 06.164161500
info@laboratoriogenoma.eu

www.laboratoriogenoma.eu
COMPANY WITH
QUALITY SYSTEM
CERTIFIED BY DNV
ISO 9001