



da inviare a Eurofins Genoma Group

Prot.: _____

Data: _____

Timbro Medici/Laboratori

(* Campo obbligatorio)

DATI PAZIENTE E CAMPIONE *(Compilare in stampatello)

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

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

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

Tipo di campione*: Sangue (EDTA) Tampone buccale Altro _____

Indicazione all'esame (in caso di minore è necessaria la prescrizione medica)*: A rischio Affetto

ANALISI RICHIESTA (Selezionare la casella corrispondente)

Onconext® Risk - Pannelli

- | | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BRCA 1,2 (NGS) | <input type="checkbox"/> BREAST | <input type="checkbox"/> GASTRIC | <input type="checkbox"/> OVARY | <input type="checkbox"/> PROSTATE |
| <input type="checkbox"/> BRCA 1,2 (MLPA) | <input type="checkbox"/> COLON | <input type="checkbox"/> MELANOMA | <input type="checkbox"/> PANCREAS | <input type="checkbox"/> THYROID |

Onconext® Risk – ONCOSCREENING COMPLETE

Farmacogenetica

- Analisi molecolare DPYD per trattamento con fluoropirimidine Analisi molecolare UGT1A1 pretrattamento con irinotecano

CONSENSO ALL'ANALISI* (Selezionare la casella corrispondente)

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

N.B.: Il Richiedente, in caso di minore, ha già provveduto alla raccolta del Consenso Informato dedicato conservando i relativi documenti d'identità del minore e di tutti i tutori legali

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

Indicare preferenze di invio:

Fattura

Referto

DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (Secondo scheda conoscitiva)

PAZIENTE - Online (Compilare campi sottostanti)

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

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

Informazioni per refertazione al paziente:

Indirizzo E-mail: _____ Numero di telefono: _____

Le indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito <https://www.laboratorio-genoma.eu/>.

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

FIRMA* _____ Firma dei genitori e/o tutori _____

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

Sangue periferico (EDTA) n° _____

Tampone buccale

Data e Ora:

Sangue periferico (STRECK-TUBE) n° _____

Altro (Specificare) _____ n° _____

Sigla: