

**UOC Laboratorio Analisi Biochimica Clinica
Diagnostica Molecolare Avanzata**
Direttore Prof. Maurizio Simmaco

Procedura per la richiesta di analisi di pazienti esterni tramite spedizione del prelievo e/o bonifico

Allegare al campione di sangue intero in EDTA (n.1 provetta da 3-7 ml) da spedire a temperatura ambiente entro 24-48h dal prelievo in un contenitore idoneo tale da preservare l'integrità della provetta, la seguente documentazione:

- Prescrizione/i (firmata/e dal paziente. sul retro);
- Prescrizione su carta bianca intestata con timbro e firma del medico (firmata dal paziente. sul retro);
- Copia tessera sanitaria;
- Consensi informati (Consenso Sant'Andrea e consenso Lab. Dima) firmati per il trattamento dei dati personali e sensibili;
- Fotocopia avvenuto pagamento tramite bonifico bancario;

NB Apporre il nome del Paziente sulla provetta prelievo

Contatto spedizioniere (a carico del richiedente)

Indirizzo a cui spedire:

<p style="text-align: center;"><u>URGENTE</u></p> <p>UO DiMA</p> <p>Azienda Ospedaliera Sant'Andrea</p> <p>Via di Grottarossa, 1035</p> <p>00189 ROMA</p>
--

Eventuale pagamento D-MIFAR (€ 46,15 di ticket ad impegnativa se non esente) e della Consulenza metabolismo integrato farmaci C-MIFAR (€ 102,00) dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario su:

- Unicredit codice IBAN: **IT 19 X 02008 05312 0004000090004** intestato a UOD DiMA Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Via di Grottarossa, 1035-00189 Roma

- Causale che deve apporre il paziente sul Bonifico: **Nome e Cognome Pz- Indagini di laboratorio (specificare l'esame richiesto) AOSA DSNEDM0101 – Di.M.A.**

- Inviare via fax al n. 0633776664 o per e-mail dima@ospedalesantandrea.it la copia dell'avvenuto pagamento o contestualmente alla spedizione.

NB Le procedure di analisi potranno essere eseguite solo dopo la verifica da parte dell'ufficio contabilità dell'avvenuto pagamento.

Diagnostica Molecolare Avanzata

Analisi Di Funzionalità Biochimica Tramite Determinazione Di Profili Genomici

Istruzioni Operative Per Prescrittore e Paziente

RICHIESTA: Metabolismo Integrato Farmaci (D-MIFAR)

Le analisi di tipo genomico sono suddivise in vari pannelli, di seguito sono elencate le richieste che potranno pervenire al CUP.

Il paziente presenta 3 impegnative rosse.

Sulle ricette deve essere indicata la **NOTA** relativa al pannello richiesto come di seguito indicato:

<u>NOTA</u> Da indicare in ricetta	Numero ricette / tot prestazioni	Codici riportati	Descrizione pannello
D-MIFAR	3 / 24 prestazioni	3 ricette con: 91.30.3_1 x 8 (analisi di segmenti di DNA mediante sequenziamento)	Metabolismo Integrato Farmaci (D-MIFAR)

L'eventuale ticket da pagare se non esente è di € 46,15 a ricetta.

Per tali analisi non è previsto che il paziente sia a digiuno.

Esempio di prescrizione per D-MIFAR:

Produrre 3 richieste secondo il modello sottostante

Procedura per la richiesta di Consulenza integrata farmaci C-MIFAR per pazienti esterni

Munirsi di:

- Prescrizione su carta bianca intestata con timbro e firma del medico (firmata dal paz. sul retro) riportante la richiesta di Consulenza metabolismo integrato farmaci **C-MIFAR**;
- Tessera sanitaria;
- Consenso informato Sant' Andrea firmato per il trattamento dei dati personali e sensibili
- Scheda farmaci da compilare
- Il pagamento della prestazione in solvenza il cui costo è di € 102,00 "Consulenza metabolismo integrato farmaci **C-MIFAR**"
- La consulenza C-MIFAR può essere richiesta ed elaborata solo in concomitanza o dopo aver eseguito gli esami genomici D-MIFAR.

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI TEST GENOMICI E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscritto/a:

Cognome: _____ Nome _____

Data e luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Codice fiscale: _____

Recapito telefonico: _____

ricevute le necessarie informazioni, **CHIEDO** di sottopormi al/ai test genomico/i:

e di essere informato del relativo risultato e

- **ACCONSENTO** che miei dati personali e genetici vengano trattati secondo quanto previsto dalla normativa vigente.
- **ACCONSENTO** che il mio DNA venga pertanto utilizzato a fini di ricerca scientifica in maniera completamente anonima.
- **CHIEDO E ACCONSENTO** che la *consulenza per il Metabolismo Integrato Farmaci (CMIFAR)*, qualora richiesta, mi venga inviata tramite mezzo posta elettronica al seguente indirizzo:

rimuovendo il lab .DiMA da qualsiasi responsabilità per l'eventuale diffusione dei dati dovuta alla modalità stessa prescelta.

Data _____ **Firma del Paziente** _____



	ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (PRIVACY) <i>Art. 81 D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"</i>	M/919/396 Rev. 4 Pagina 1 di 1
--	---	--------------------------------------

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro

Io sottoscritto (nome e cognome paziente)

nato/a a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov) via

Io sottoscritto in qualità di: ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Esercente la potestà genitoriale ☐ Legale rappresentante

(nome e cognome)

nato/a a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov) via

Ricevuta l'informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI", è consapevole che:

- il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
 - il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
 - potrà decidere di oscurare, in qualsiasi momento singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e cura, nell'ambito del dossier sanitario;
 - per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrà rivolgermi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.
- Dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI A FINI DI CURA DELLA SALUTE

(dati prodotti e utilizzati dall'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea per erogare le prestazioni richieste)

ACCONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA A FINI DI CURA

☐ SÌ ☐ NO

2) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CON DOSSIER SANITARIO

SEZIONE A - CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

A1) ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEI DATI SANITARI PRODOTTI DA ORA IN POI (PER PRESTAZIONI ED EVENTI CLINICI PRESENTI E FUTURI)

☐ SÌ ☐ NO

A2) ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DEI DATI SANITARI PRECEDENTI (RELATIVI A PRESTAZIONI OD EVENTI CLINICI PREGRESSI)

☐ SÌ ☐ NO

A3) ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DEI DATI SANITARI RIGUARDANTI EVENTUALI PRESTAZIONI PARTICOLARI (CONNESSE AD ATTI DI VIOLENZA SESSUALE O DI PEDOFILIA, SIEROPOSITIVITÀ HIV, USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI-PSICOTROPE, ALCOOL, INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA, PARTO IN ANONIMATO, SERVIZI SVOLTI DA CONSULTORI)

☐ SÌ ☐ SÌ SOLAMENTE NEL REPARTO/AMBULATORIO DI CURA ☐ NO

SEZIONE B - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA E FORMAZIONE

(con l'obiettivo di migliorare le conoscenze, le cure e la prevenzione)

B1) ACCONSENTO CHE I DATI PERSONALI E SANITARI OGGETTO DEL TRATTAMENTO, POSSANO ESSERE UTILIZZATI PER SCOPI DI RICERCA SCIENTIFICA E STATISTICA IN CAMPO MEDICO, BIOMEDICO O EPIDEMIOLOGICO

☐ SÌ ☐ NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo ente salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età. In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia)

Data / / 201....

Firma

Firma estesa e leggibile (1)

(1) Il modulo può essere compilato e sottoscritto dal paziente o direttamente dal medico che raccoglie la dichiarazione di consenso del paziente e che sottoscrive il modulo per relativa attestazione ai sensi dell'art. 81 del d.lgs. n. 196/2003 - Codice Privacy. Il consenso può essere rilasciato: nel caso di paziente minorenne, dalli genitori (esercenti la potestà genitoriale); nei casi di emergenza sanitaria, da un familiare, un convivente o un responsabile/accompagnatore della struttura in cui dimora il paziente, previa autocertificazione ai sensi dell'art. 48 del D.P.R. n. 445/2000.

SCHEDA FARMACI PER

RICHIESTA CONSULENZA “METABOLISMO INTEGRATO FARMACI”

**NON SI EFFETTUANO CONSULENZE PER UTILIZZO CREME, GEL, COLLIRI, INTEGRATORI MINERALI/
PROBIOTICI, FITOFARMACI**

DATA RICHIESTA: _____

DATI PAZIENTE:

COGNOME:

NOME:

DATA E LUOGO DI NASCITA:

CF:

IL MODULO DI RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATO DAL MEDICO CURANTE.

Riempire il MODULO 1 (pagina 2) per la consulenza relativa all'assunzione di singoli farmaci: nel referto sarà indicato quale farmaco, assunto singolarmente, è maggiormente appropriato in base al profilo genomico.

Riempire il MODULO 2 (pagina 3) per la consulenza relativa all'assunzione contemporanea di 2 o più farmaci: nel referto sarà indicata la combinazione di farmaci necessari maggiormente appropriata in base al profilo genomico.

MODULO – 1:

COGNOME: DATA E LUOGO DI NASCITA: CF: MEDICO RICHIEDENTE (Indicare anche un recapito telefonico):	NOME:
--	--------------

LISTA CONSULENZA FARMACI IN MONOTERAPIA

Si richiede consulenza su base genomica per trattamento in
MONOTERAPIA per (indicare il farmaco):

COGNOME:	NOME:
DATA E LUOGO DI NASCITA:	
CF:	
MEDICO RICHIEDENTE (Indicare anche un recapito telefonico):	

Si richiede consulenza su base genomica per **INTEGRAZIONETERAPIA FARMACOLOGICA**:

[illegible]

FARMACI DA INTEGRARE NELLA TERAPIA CORRENTE:

Gentile

indicare sulla scheda seguente la/le classi di farmaci (ad esempio antibiotici, antiepilettici, antiipertensivi ecc.) che assume il paz. o che ritiene possibile di dover assumere. Inoltre, se al momento il paz. assume dei farmaci specifici, oppure in passato ha avuto problemi nell'assumere un farmaco specifico, può essere indicato in elenco. Nell'ambito di ogni classe di farmaci I sarà indicato quale è maggiormente appropriato rispetto al proprio profilo genomico. Poiché le classi di farmaci sono innumerevoli, non è possibile effettuare la consulenza su tutti i farmaci in maniera indiscriminata. Si consiglia di farsi aiutare dal medico curante, che saprà consigliare rispetto alla specifica richiesta da fare.

Metabolismo Integrato Farmaci

Salvare il file in pdf: Scheda_cognome-nomePaziente

Inviare a: dima@ospedalesantandrea.it

Data di compilazione:				
Operatore: Dott.				
Scheda dati generali Paziente				
Nome				
Età				
Genere	Menopausa	Si	No	
Etnia				
Altezza				
Peso				
Creatinina	Analisi del:			
ALT	Analisi del:			
AST	Analisi del:			
Diagnosi:				
Terapie in atto:				
Terapia proposta:				
Caffeina Anni>	NO	MODERATO 2/die	MEDIO 4/die	ELEVATO >4/die
Alcool Anni>	NO	MODERATO 125 ml vino /die	MEDIO 250 ml vino /die	ELEVATO > 500ml vino /die
Tabagismo Anni>	NO	MODERATO 5 sigarette/die	MEDIO 10 sigarette/die	ELEVATO >10 sigarette/die
Permeabilità intestinale	Alterata	Si	No	Da valutare