

(Obrigatório)

Lingua do relatório

EN     ES     PT     PT-BR  
 DE     IT     PL

MyNutriGenes®

Studio genetico nutrizionale personalizzato

## MODULO DI RICHIESTA DI TEST GENETICO

### IDENTIFICAZIONE (Necessario)

Nome		File n.
Data di nascita	Etnia	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

### MEDICO DI RIFERIMENTO (Necessario)

Nome		Istituto
Indirizzo		CAP
Telefono	E-mail	
Data della richiesta	Firma	

### TEST GENETICO RICHIESTO

Motivazione:

#### Studio di Nutrigenetica

Pro lo genetico rilevante per:

- La predisposizione all'aumento di peso
- L'in uenza dell'alimentazione sulla massa grassa L'in uenza dell'alimentazione sul metabolismo
- Le necessità e sensibilità nutrizionali e detossificazione
- Il controllo dell'appetito, sazietà e fame emotiva

### TIPOLOGIA DEL CAMPIONE

- Saliva**  
Kit di raccolta consigliato:  
- Isohelix Saliva Collectors Kit, GFX-01  
- Oragene DNA Collection kit, Genotek  
- DNA/RNA Shield™ Collection Tube with Swab, Zymo
- Sangue intero**  
2 o 3 ml in provette con K<sub>2</sub>EDTA o K<sub>3</sub>EDTA
- DNA** minimo 300ng con [35] ng/μL

### INFORMAZIONE COMPLEMENTARE

Peso (kg)	Indice Massa	Rapporto Vita-Fianchi (cm)
Ha seguito una dieta accompagnato/a da un nutrizionista?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tende a spizzicare fuori dai pasti? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, ha recuperato il peso perso?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, prima <sup>(1)</sup> o dopo <sup>(2)</sup> cena? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Quante ore di attività fisica pratica alla settimana?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> +7	Quanti caffè beve al giorno? <input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> +4

MyNutriGenes®

Studio genetico nutrizionale personalizzato

## MODULO DI RICHIESTA DI TEST GENETICO

### MODULO DI CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZAZIONE PER L'ESECUZIONE DEL TEST GENETICO (Necessario)

*Nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati, della legge 12/2005 del 26 gennaio, e del regolamento disposto dal decreto legge 131/2014 del 29 agosto, nonché della regola 015/2013 della Direzione generale Salute.*

*Si prega di leggere con attenzione tutto il contenuto del presente documento. Non esiti a richiedere maggiori informazioni al personale sanitario di fiducia in caso il testo non le risultasse del tutto comprensibile. Verifichi la correttezza di tutte le informazioni. Se ritiene che tutto sia corretto e accetta la proposta che le è stata presentata, la invitiamo a firmare il documento.*

*Comprendo e autorizzo volontariamente HeartGenetics S.A. ad eseguire il test genetico sopra descritto. Autorizzo alla raccolta del materiale biologico e all'esecuzione del test genetico per lo studio genetico al quale concedo il mio consenso, le cui procedure, finalità e limitazioni mi sono state spiegate.*

*Sono consapevole e comprendo che saranno adottate misure per la protezione e la riservatezza dei miei dati e che in qualsiasi momento ho il diritto di accedere, aggiornare e cancellare i miei dati personali.*

*Ho compreso tutte le informazioni che mi sono state comunicate e le implicazioni e limitazioni dello studio genetico al quale mi sottoporro. Offro la mia autorizzazione al trattamento dei miei dati personali compresi nel modulo di richiesta di test genetico (compresi il mio nome e le informazioni aggiuntive) oltre a miei campioni biologici, affinché siano spediti e consegnati a HeartGenetics, S.A. per l'esecuzione dei test genetici specificati e per la redazione del report genetico.*

*Ho avuto l'opportunità di porre domande e discutere le capacità, le limitazioni e i possibili rischi dello studio genetico con il mio professionista sanitario. Sono consapevole che se lo desidero, posso ricevere una consulenza genetica professionale prima di firmare il consenso informato.*

- Autorizzo l'utilizzo del materiale biologico e dei dati accessori, in forma anonima, per studi di ricerca scientifica correlati alle malattie genetiche cardiovascolari.*

Firma del titolare dei dati e dei campioni biologici

Data

Luogo di raccolta

*Se il soggetto non firma di persona:*

Nome

N. di documento di riconoscimento

Data / scadenza

Grado di parentela o tipo di rappresentanza

Due copie del documento emesso: una copia da allegare alla procedura dello studio genetico, l'altra per il consenso individuale.



MyNutriGenes®

Studio genetico nutrizionale personalizzato

## MODULO DI RICHIESTA DI TEST GENETICO - Copia

### MODULO DI CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZAZIONE PER L'ESECUZIONE DEL TEST GENETICO (Necessario)

Nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati, della legge 12/2005 del 26 gennaio, e del regolamento disposto dal decreto legge 131/2014 del 29 agosto, nonché della regola 015/2013 della Direzione generale Salute.

Si prega di leggere con attenzione tutto il contenuto del presente documento. Non esiti a richiedere maggiori informazioni al personale sanitario di fiducia in caso il testo non le risultasse del tutto comprensibile. Verifichi la correttezza di tutte le informazioni. Se ritiene che tutto sia corretto e accetta la proposta che le è stata presentata, la invitiamo a firmare il documento.

Comprendo e autorizzo volontariamente HeartGenetics S.A. ad eseguire il test genetico sopra descritto. Autorizzo alla raccolta del materiale biologico e all'esecuzione del test genetico per lo studio genetico al quale concedo il mio consenso, le cui procedure, finalità e limitazioni mi sono state spiegate.

Sono consapevole e comprendo che saranno adottate misure per la protezione e la riservatezza dei miei dati e che in qualsiasi momento ho il diritto di accedere, aggiornare e cancellare i miei dati personali.

Ho compreso tutte le informazioni che mi sono state comunicate e le implicazioni e limitazioni dello studio genetico al quale mi sottoporro. Offro la mia autorizzazione al trattamento dei miei dati personali compresi nel modulo di richiesta di test genetico (compresi il mio nome e le informazioni aggiuntive) oltre a miei campioni biologici, affinché siano spediti e consegnati a HeartGenetics, S.A. per l'esecuzione dei test genetici specificati e per la redazione del report genetico.

Ho avuto l'opportunità di porre domande e discutere le capacità, le limitazioni e i possibili rischi dello studio genetico con il mio professionista sanitario. Sono consapevole che se lo desidero, posso ricevere una consulenza genetica professionale prima di firmare il consenso informato.

- Autorizzo l'utilizzo del materiale biologico e dei dati accessori, in forma anonima, per studi di ricerca scientifica correlati alle malattie genetiche cardiovascolari.

Firma del titolare dei dati e dei campioni biologici

Data

Luogo di raccolta

Se il soggetto non firma di persona:

Nome

N. di documento di riconoscimento

Data / scadenza

Grado di parentela o tipo di rappresentanza

Due copie del documento emesso: una copia da allegare alla procedura dello studio genetico, l'altra per il consenso individuale.