

**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 (D-MIFAR+C-MIFAR)

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 su ricette dematerializzate per richiedere il pannello genomico D-MIFAR (vedere istruzioni operative per i codici da inserire);
- Copia tessera sanitaria;
- Consenso informato firmato 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:

URGENTE

UO DiMA

Azienda Ospedaliera Sant'Andrea

Via di Grottarossa, 1035

00189 ROMA

Eventuale pagamento D-MIFAR (€ 36,15 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 000400009004** 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 DSNE DM0101 – 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)

Il paziente presenta 3 **impegnative DEMATERIALIZZATE** (scritte o correzioni a penna non sono accettate).

Sulla ricetta deve essere indicata la **NOTA** relativa al pannello richiesto (D-MIFAR). La nota può essere inserita nel campo "Quesito diagnostico".

| <u>NOTA</u> | Numero ricette | Numero prestazioni | Codice da inserire |
|-------------|----------------|--------------------|--|
| D-MIFAR | 3 | 24 | 91.30.3_2 x 8 (Tipizzazione genomica analisi DNA mediante sequenziamento) |

L'eventuale ticket da pagare, se non esente, è di € 36,15 a ricetta.

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

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 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 PER IL 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 e avendo richiesto di effettuare il test genomico **D-MIFAR**,

- ACCONSENTO** che miei dati personali e genetici vengano trattati secondo quanto previsto dalla normativa vigente
- ACCONSENTO** che il mio DNA venga 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:

email*: _____

sollevando la U.O. DiMA da qualsiasi responsabilità per l'eventuale diffusione dei dati dovuta alla modalità stessa prescelta.

CONTATTO MAIL/ TELEFONICO DEL MEDICO PRESCRITTORE*: _____

*campi obbligatori

Data _____ Firma del Paziente _____

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

LISTA CONSULENZA FARMACI IN MONOTERAPIA

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

FARMACI DA INTEGRARE NELLA TERAPIA CORRENTE:

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: | | | |
| | | | |

| INFORMAZIONI AGGIUNTIVE (BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE PER OGNI CAMPO) | | | | | |
|--|----------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Caffeina | NO | MODERATO 2/die | MEDIO 4/die | ELEVATO >4/die | |
| Alcool | NO | MODERATO 125 ml vino /die | MEDIO 250 ml vino /die | ELEVATO > 500ml vino /die | |
| Tabagismo | NO | Ex fumatore da anni: | MODERATO 5 sigarette/die | MEDIO 10 sigarette/die | ELEVATO >10 sigarette/die |
| Permeabilità intestinale | Alterata | Si | No | Da valutare | |

Data: