

Timbro Medici/Laboratori



da inviare a Eurofins Genoma Group

Prot.n. _____

Data: _____

(*Campo obbligatorio)

DATI ANAGRAFICI (Compilare in stampatello)

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

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

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

TIPO DI CAMPIONE

MATERIALE FECAL**

**Materiale fecale opportunamente prelevato secondo quanto riportato nelle istruzioni di raccolta.

ANALISI RICHIESTA

EUBIOMEGUT

EUBIOMEGUT COMPLETE

SCHEDA ANAMNESTICA* (a cura del medico)

Peso: _____

Altezza: _____

Sintomi:

- Flatulenza
- Gonfiore addominale
- Gonfiore arti inferiori
- Eemicrania
- Difficoltà digestive o gastrite
- Stipsi
- Diarrea
- Sonnolenza dopo i pasti
- Stanchezza
- Prurito diffuso o dermatiti
- Voglia di zuccheri
- Insonnia
- Disturbi apparato genitale
- Disturbi apparato urinario
- Intolleranza al glutine

Tipologia di alimentazione:

- Tradizionale
- Vegetariana
- Vegana

Soggetto allergico: SI NO

Soggetto celiaco: SI NO

Soggetto diabetico: SI NO

→ Se SI a cosa: _____

Farmaci e integratori in uso: SI NO

→Se SI quali: _____

Viaggi e/o permanenza all'estero negli ultimi 6 mesi: SI NO

→Se SI dove: _____



da inviare a Eurofins Genoma Group

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:

DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (Secondo scheda conoscitiva)

Fattura

Referto

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.laboratorigenoma.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):

Materiale fecale n° _____

Altro (Specificare) _____ n° _____

Data e Ora:

Sigla:

Questo documento è utilizzato da Eurofins Genoma Group, in qualità di **Responsabile del Trattamento**. Tale documento può contenere informazioni di carattere estremamente riservato e confidenziale. Qualora venga smarrito e/o sia in Suo possesso, La preghiamo gentilmente di informarci immediatamente al numero di telefono + (39) 06.8811270 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.