



CONSENSO INFORMATO

Microbiota

MEDICO / CENTRO INVIANTE

PAZIENTE

Nome:

Cognome:

Data di Nascita: GG/MM/AAA / /

Codice Fiscale:

Via:

Città: CAP:

Telefono:

Email:

Firmando questo modulo, dichiaro di aver letto e compreso il consenso informato. Dichiaro di aver avuto l'opportunità di porre al mio medico le domande relative al test, ricevendo risposte soddisfacenti. Sono altresì a conoscenza della possibilità di visitare il sito web www.istitutovarelli.it per ottenere maggior informazioni relative agli ultimi aggiornamenti normativi e alle informazioni tecniche o mediche inerenti il test. Sono consapevole che le informazioni contenute sul sito web non sostituiscono una consulenza medica, una diagnosi o un trattamento. Dichiaro inoltre di aver ricevuto tutte le informazioni previste ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e, ai sensi dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 presto il mio consenso al trattamento dei dati personali per l'espletamento del servizio richiesto.

Data ____/____/____

Firma _____

MEDICO

Nome:

Cognome:

Telefono:

Email:

Confermo di aver informato la paziente sui dettagli del test, sulle sue capacità ed i suoi limiti e che ha dato il suo consenso all'esecuzione dell'esame.

Data ____/____/____

Firma _____

TIPOLOGIA DI TEST

Data Raccolta Campione

DD **MM** **AAAA**
 / /

- Microbiota Intestinale
- Microbiota Vaginale
- Microbiota Endometriale





ANAMNESI PAZIENTE

Etnia

Altezza (cm)

Peso (kg)

- SI NO Ha problemi Psicologici/Neurologici ? Se si, quali?
- SI NO Ha problemi Cardiovascolari? Se si, quali?
- SI NO Soffre di Diabete?
- SI NO Soffre di Malattie Intestinali? Se si, quali?
- SI NO Soffre di Malattie Urinarie ? Se si, quali?
- SI NO Soffre di Malattie del Sangue/Coagulazione? Se si, quali?
- SI NO Soffre di Malattie allo Stomaco? Se si, quali?
- SI NO Soffre di Malattie al Fegato? Se si, quali?

Allergie a farmaci SI NO

se SI, specificare:

Assume farmaci? SI NO

- Gastroprotettori
- Antiacidi
- Antipertensivi
- Anticoagulanti
- Antiaggreganti
- Antiaritmici
- Altri farmaci

Abitudini alimentari

- SI NO Tende a consumare dolci in modo non controllato?
- SI NO Prende vitamine su indicazione medica?
- SI NO Soffre di Allergie?

se SI, specificare:

SI NO Intolleranze alimentari

se SI, specificare



Assunzione di fibre

- Bassa
- Media
- Alta

Segue una dieta particolare?

- Onnivoro
- Vegetariana
- Vegana
- Per condizione religiosa

	MOLTO	MODERATO	POCO	MAI
Beve alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beve caffè?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENSO INFORMATO

Conoscere la composizione e lo stato di benessere del nostro microbiota ci permette di preservarne l'equilibrio o correggere eventuali condizioni di disordine (disbiosi).

La tecnologia del test garantisce un altissimo livello di accuratezza e la possibilità di misurare in un unico test l'intero spettro di specie di microrganismi presenti (microbiota). Inoltre, grazie ad un avanzato algoritmo di interpretazione è possibile associare questa analisi allo stato di benessere di un individuo e misurare in modo estremamente preciso i microrganismi presenti: eucarioti superiori, batteri, funghi. Il risultato rappresenta una fotografia del microbiota al momento del campionamento: in base all'identificazione dei principali phyla e generi residenti viene identificato l'enterotipo di appartenenza del soggetto. Ogni enterotipo rappresenta un'indicazione della composizione di riferimento per il microbiota in analisi e i valori trovati vengono confrontati con soggetti sani di una popolazione di riferimento. In questo modo è possibile valutare se particolari microrganismi siano in eccesso o in difetto rispetto ai controlli, in modo da identificare e caratterizzare situazioni di disbiosi. Il risultato viene completato da una sintesi delle informazioni ottenute e da una serie di consigli e raccomandazioni. Tali indicazioni non hanno valenza diagnostica e vanno valutate con un professionista qualificato, in base alla valutazione anamnesica complessiva del soggetto.



ACCETTAZIONE / CONSENSO:

- SI NO Desidero essere informato/a sui risultati del test.
-
- SI NO Il mio medico ha stabilito che sono un/a candidato/a idoneo/a per questo test e che sarà lui/lei a ricevere i risultati di questo test e a effettuare un'appropriate valutazione medica dei risultati e/o a raccomandare ulteriori indagini.
-
- SI NO Voglio che il materiale biologico venga conservato oltre l'emissione del referto e utilizzato per scopi di ricerca.
-
- SI NO Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in base all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, al REG. UE 679/2016 e all'art. 13 GDPR 679/16.
-
- SI NO Mi impegno a comunicare un eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Data

____/____/____

Nome e Cognome
in stampatello

Firma _____