

### Dati del Paziente

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Nome   |                                      |
| Cognome  |                                      |
| Indirizzo  |                                      |
| Città  |                                      |
| Provincia  |                                      |
| Stato  | Codice Postale                       |
| Telefono   |                                      |
| Carta d'identità / Passaporto  |                                      |
| Genere <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Maschio | Peso _____ kg<br>Altezza _____ metri |

### Consenso del Paziente

La mia firma sul presente modulo indica che ho letto, o che mi è stata letta, l'informativa allegata e che l'ho ben compresa. Ho avuto la possibilità di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e il mio medico (o altra persona designata) mi ha illustrato lo scopo ed i possibili rischi del test. Sono a conoscenza che posso ottenere una consulenza genetica professionale, se lo desiderassi, prima di firmare questo consenso. Prendo atto del consenso informato allegato ed autorizzo "Ariosa Diagnostics" a eseguire il test Harmony Prenatal.

Tutti i dati personali presenti in questo documento saranno ceduti a Ariosa Diagnostics. Per i dettagli in merito alla politica e al trattamento dei dati, della privacy e della salute del paziente da parte di Ariosa, incluso i diritti del paziente rispetto a questa informativa, si rimanda al sito: [www.ariosadx.com](http://www.ariosadx.com)

In conformità con il Dlgs. 196/03, protezione dei dati a carattere personale, art. 32 della Costituzione e Legge 145/01, informiamo che i dati personali identificativi e sanitari saranno inseriti in un'anagrafica di proprietà di C.A.M. Centro Analisi Monza Spa, domiciliata in Via Martiri delle Foibe, 1 20900 Monza (MB) e saranno utilizzati unicamente per prestare l'assistenza sanitaria richiesta, comunicare con il paziente, fatturare i servizi effettuati e trasmettere informazioni relative al nostro centro e ai nostri servizi.

|                    |  |      |      |        |
|--------------------|--|------|------|--------|
| Firma del Paziente |  | Anno | Mese | Giorno |
| Data               |  |      |      |        |

### Dati per la fatturazione

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fatturare al Centro Analisi | <input type="checkbox"/> Fatturare al Cliente |
|--|---|

### Codice Laboratorio

### Dati del Centro Medico

Nr. del Cliente  
10844:1

|                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome del Centro                       |                         |
| Specialista che raccoglie il consenso |                         |
| Indirizzo                             |                         |
| Città                                 |                         |
| Provincia                             |                         |
| Stato<br>ITALIA                       | Codice Postale<br>20900 |
| Telefono                              | Fax                     |
| Nome del Medico richiedente           |                         |
| Email del Medico richiedente          |                         |

### Dati richiesti per test prenatale Harmony

**TEST PRENATALE HARMONY**

Analisi Cr. Y  Analisi dei Cr. XY

Trattasi di una ripetizione  Sì  No

Data di nascita della madre: Anno \_\_\_\_\_ Mese \_\_\_\_\_ Giorno \_\_\_\_\_

Periodo gestazionale al momento del prelievo: \_\_\_\_\_ Settimane \_\_\_\_\_ Giorni

Determinato da  U/S  UM  FIV

Nr. feti  1  2  >2

Gravidanza tramite inseminazione FIV  Sì  No

Ovuli  Propri  Donatrice esterna

Età della donatrice: \_\_\_\_\_

Considero questo TEST attendibile per stabilire il rischio di aneuploidia fetale e utilizzerò i risultati per seguire le linee guida stabilite. Attesto che la paziente è stata informata e ha dato il proprio consenso per l'effettuazione del test.

|                  |  |      |      |        |
|------------------|--|------|------|--------|
| Firma del Medico |  | Anno | Mese | Giorno |
| Data             |  |      |      |        |

### Informazioni del Paziente

|                   |  |      |      |        |
|-------------------|--|------|------|--------|
| Data del prelievo |  | Anno | Mese | Giorno |
|                   |  |      |      |        |