



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 1 di 14

Laboratorio Analisi Cliniche e Ricerche Diagnostiche

Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

Direttore Tecnico: Dr.ssa Francesca Rossi

Laboratorio Certificato UNI EN ISO 9001:2008

Certificate No. **CERT-2010/38498**



**ALLEGATO "C" "CARTA DEI SERVIZI
MODULISTICA**

Rev. 10 del 22-09-2016

Rilasciato da	Approvato da	Data 1° emissione	Indice di revisione
Lorena Alei De Arcangelis (Responsabile Qualità)	Laura Di Prospero Dr. Francesca Rossi (Direttore tecnico)	09 Marzo 2007	10



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C "
GUIDA DE ARCA

Pagina 2 di 14

Indice

Consenso Informato test dinamici	pag. 3
Consenso Informato TAO	pag. 4
Consenso Informato test HIV	pag. 6
Consegna campione Liquido Seminale	pag. 7
Consenso Informato per curva OGTT	pag. 8
Consenso Informato Analisi genetiche molecolari	pag. 9
Consegna campione esame Citologico	pag. 10
Modulo ripetizione prelievo	pag. 11
Consegna campione PAP Test	pag. 12
Richiesta copia referto	pag. 13
Certificato presenza	pag. 14



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 3 di 14

CONSENSO INFORMATO A SOTTOPORSI A TEST

DINAMICI O DOPO STIMOLO

Il Sottoscritto:

Nato il: A:

Codice Fiscale:

Esame richiesto:

Dichiara

- Di aver ricevuto e compreso la nota informativa dove sono indicate le modalità di esecuzione dell'esame
- Di aver compreso che il risultato dell'esame è influenzato da molte variabili e che richiede di essere interpretato nel contesto clinico complessivo

Firma

Data



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 4 di 14

LABORATORIO ANALISI CLINICHE E RICERCHE DIAGNOSTICHE

PROF. A. DE ARCANGELIS S. R. L.



Federazione Centri Sorveglianza Anticoagulati

Centro n° 312 Tel. 0685800969 Fax 06 8552375

E mail: labdearcangelis@virgilio.it

Dr.ssa [Laura Di Prospero](#) [Francesca Rossi](#)

**Consenso Informato a Sottoporsi a
Terapia con Farmaci Anticoagulanti Orali**

Il sottoscritto.....

Nato a Il

Residente a..... Prov.....

Via..... N°..... Tel.....

Dopo essersi consultato con il proprio Medico Curante ed informato della necessità di assumere farmaci anticoagulanti perché affetto da:

.....
.....

Informato della necessità di controllare periodicamente l'effetto di tali farmaci mediante determinazione del Tempo di Protrombina, chiede di poter affidare il controllo della propria Terapia anticoagulante al Centro di Sorveglianza Anticoagulati presso il Laboratorio Analisi Cliniche Prof. A. De Arcangelis s.r.l. (Centro FCSA n° 312)

In particolare dichiara

- Di essere stato informato dalla Dr.ssa del centro suddetto, [Laura Di Prospero](#) [Francesca Rossi](#), sulle caratteristiche della terapia
- Di essere stato chiaramente informato sui rischi e sui benefici connessi al trattamento con anticoagulanti orali, sulle modalità di condotta della terapia, sui rischi di interferenza tra farmaci anticoagulanti ed altri farmaci
- Di aver compreso che le complicanze sia tromboemboliche sia emorragiche associate alla terapia anticoagulante possono verificarsi anche se il Paziente assume correttamente la terapia prescritta dal Medico del Centro ed anche se il risultato del Tempo di Protrombina è nell' intervallo terapeutico indicato per il paziente stesso di aver compreso che la terapia anticoagulante orale è influenzata da molte variabili (assorbimento del farmaco, interferenza con altri farmaci, alcol, quantità di vitamina K introdotta con gli alimenti ecc.) e quindi per sua natura soggetta a variazioni talvolta imprevedibili e di difficile controllo.



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 5 di 14

Il sottoscritto si impegna quindi

- A seguire le indicazioni terapeutiche relative alla terapia anticoagulante prescritte dal Centro senza alcuna modifica
- Ad informare il Centro di
 - a. Qualsiasi variazione di altri farmaci (introduzione di un nuovo farmaco, sospensione o modifica della dose di farmaci in uso) compresi farmaci dispensati direttamente dalle farmacie, prodotti di erboristeria o omeopatici
 - b. Ferite o comparsa di emorragie (urine rosse, feci nere o striate di sangue, sangue dal naso, altre emorragie)
 - c. Necessità di estrazioni dentarie o altri interventi odontostomatologici
 - d. Necessità di interventi chirurgici
 - e. Necessità di esami invasivi come coronarografia, endoscopie, ecc.
 - f. Se donna in età fertile qualsiasi ritardo mestruale con possibile gravidanza
 - g. Cambio di Medico di base, di numero di telefono
 - h. Necessità di interrompere i controlli per viaggi, vacanze od altro

Il sottoscritto è consapevole di poter interrompere il rapporto di sorveglianza con il Centro in qualsiasi momento con semplice dichiarazione a voce.

Il sottoscritto dichiara inoltre di acconsentire alla trattazione computerizzata dei dati personali esclusivamente ai fini diagnostici, terapeutici e scientifici come da Legge 196/03.

Data.....

Firma



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 6 di 14

**CONSENSO INFORMATO A SOTTOPORSI
ALLA RICERCA DEL VIRUS HIV**

Il sottoscritto:

Nato il: A:

Codice Fiscale:

Documento n °:

Esprime

Il consenso all' esecuzione della ricerca degli anticorpi HIV (Virus dell'Immunodeficienza Acquisita) dopo lettura e acquisizione dell'informativa sulla modalità di esecuzione dell'indagine diagnostica.

Firma

Data



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 7 di 14

CONSEGNA LIQUIDO SEMINALE PER SPERMIOGRAMMA

Il Sottoscritto:

Nato il: A:

Codice Fiscale:

Consegna

Il campione di liquido seminale, dopo lettura ed acquisizione dell'informativa sulle modalità di raccolta

Dichiara

Luogo di raccolta del campione:

Ambiente domestico

Laboratorio

Data dell'ultima eiaculazione:

Firma

Data



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 8 di 14

CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DELLA CURVA OGTT

Il sottoscritto:

Nato il: A:

Codice Fiscale:

Dichiara

Di acconsentire alla somministrazione per via orale a scopo diagnostico di

- GLUCOSIO 75 g**
- curva da carico glicemica
- curva da carico insulinemica
- Come da prescrizione medica presentata

Dichiara

Di aver ricevuto e compreso la nota informativa dove sono indicate le modalità di esecuzione dell'indagine e di essere stato informato degli eventuali effetti collaterali che potrebbero essere connessi all'esecuzione dell'esame stesso.

Firma

Data



CONSENSO ALL' ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE MOLECOLARI

Io sottoscritto:

Nato a: Il

C. F.

In qualità di:

diretto interessato

genitore (se l'interessato è minore), tutore - familiare (se l'interessato è incapace di agire, impossibilitato fisicamente o incapace di intendere o volere)

DICHIARO

- Di sapere che per test genetici s' intendono comunemente le analisi di specifici geni, del loro prodotto o della loro funzione, nonché ogni altro tipo di indagine del DNA, dell'RNA o dei cromosomi, finalizzata ad individuare o ad escludere mutazioni associate a patologie genetiche
- Di aver ricevuto una dettagliata informazione dal medico richiedente/prescrittore sulle implicazioni dell'analisi genetica propostami e/o richiestami e di averne compreso l'utilità ed i limiti
- Che la richiesta all' esecuzione dell'analisi genetica è completamente volontaria
- Di essere stato informato che il test genetico indicato verrà eseguito presso altra sede (LAB GENOMA)
- Di essere stato informato che i dati genetici sono sottoposti a vincolo del segreto professionale e saranno custoditi in archivi cartacei o informatici adottando tutte le misure di sicurezza previste dalla normativa vigente, in grado di garantire che solo il personale autorizzato e tenuto al segreto, possa conoscere le informazioni che riguardano il paziente/utente

Pertanto **acconsento** a sottopormi al prelievo di sangue periferico per la ricerca dell'esame:

Analisi Biologica Molecolare			
Cariotipo	<input type="checkbox"/>	Diagnosi di Fibrosi Cistica	<input type="checkbox"/>
Analisi Molecolare Fattore II Coagulazione	<input type="checkbox"/>	Analisi Molecolare Fattore V di Leiden	<input type="checkbox"/>
Analisi Molecolare MTHFR	<input type="checkbox"/>	Analisi Molecolare gene PAI -1	<input type="checkbox"/>
Pannello Trombofilia I	<input type="checkbox"/>	Pannello Trombofilia II	<input type="checkbox"/>

Data

Firma

Il trattamento dei dati personali è conforme alle disposizioni contenute nel D.lgs. 196 / 30 giugno 2003. Per i test eseguiti in sede, il Titolare del trattamento è il "Laboratorio Analisi Cliniche e Ricerche Diagnostiche Prof. A. De Arcangelis s.r.l. ", per i test eseguiti fuori sede il Titolare del trattamento è il laboratorio che riceve il campione e il Responsabile del trattamento è il Direttore della struttura presso cui viene eseguita l'indagine.



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 10 di 14

ESAME CITOLOGICO URINARIO

Promemoria: Raccogliere nei singoli contenitori sterili (in numero di tre) i campioni di urina della seconda minzione, dopo aver scartato il primo getto.

PAZIENTE

Cognome _____

Nome _____

Sesso (M/F) _____

Data di Nascita _____

Motivo del prelievo

Urine da: Minzione spontanea

Cateterismo

Altro _____

Presenza di calcoli Si No

Radio o chemioterapia Si No

Altre terapie locali Si No

Pregressi interventi chirurgici all'apparato urinario per _____

Cistoscopia Si No In data _____

Esito _____

Firma

Data



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 11 di 14

MODULO PER RIPETIZIONE PRELIEVO

Sig.

Data prelievo:

Si prega di ripetere i seguenti esami:

.....
.....

- Per rottura provetta
- Campione inadeguato
- Campione insufficiente
- Conferma valore

E' sufficiente presentarsi in Laboratorio al mattino entro le ore 10:00 dal Lunedì al Sabato a digiuno.

Si ha diritto alla precedenza e non è necessaria la consegna di una nuova prescrizione medica.

La Direzione

Data



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 12 di 14

RICHIESTA ESAME CITOLOGICO - PAP TEST

AVVERTENZA: COMPILARE IL QUESTIONARIO IN OGNI SUA PARTE

Data Prelievo: Provenienza:

COGNOME - NOME:

Data di nascita:

Data ultima mestruazione: Gravidanza: sett. Parti..... Aborti:

Menopausa dal: Fisiologica Chirurgica

Terapie in atto: Anticoncezionale Altro

Terapie pregresse: Anticoncezionale Altro

Tipo prelievo: Vaginale Endocervicale Esocervicale

Data prelievo:

Medico Richiedente
Firma

Data ricezione:

Materiale conforme

Materiale non conforme

Motivazione non conformità:
.....
.....



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 13 di 14

RICHIESTA COPIA CONFORME REFERTO

Il sottoscritto

Nato il

Documento:

Richiede copia cartacea del referto relativo all' esame/i eseguiti in

Data: ID

La copia deve essere inviata

Al numero di FAX:

A posta elettronica:

Consegnata in busta chiusa a

Sig. :

Data

Firma



Laboratorio analisi cliniche
e ricerche diagnostiche
Prof. A. De Arcangelis s.r.l.

**MODULISTICA
CARTA DEI SERVIZI**

Allegato "C"
GUIDA DE ARCA

Pagina 14 di 14

LABORATORIO ANALISI CLINICHE E RICERCHE DIAGNOSTICHE

PROF. A. DE ARCANGELIS S.R.L.

Direttore Tecnico: Dr.ssa [Laura Di Prospero](#) [Francesca Rossi](#)

Corso Trieste 22 Roma

Si certifica che il Sig.

È stato presso il Laboratorio De Arcangelis s.r.l. in data per sottoporsi ad accertamenti
diagnostici dalle ore alle ore

In fede

La Direzione

Roma