



MODULO D'ORDINE

Cognome, nome / codice della persona assicurata _____

 Indirizzo della persona assicurata _____

 Data di nascita della persona assicurata _____

Dentista (committente)
 Timbro dello studio dentistico e indirizzo

PadoBiom®

N° d'ordine / N° del test

Sesso: femminile maschile

Codice promozionale

fattura al paziente (solo in D e CH) fattura allo studio dentistico (compresa lista dettagliata con singoli pazienti – possibilità di sconti)

Indirizzo e-mail del paziente: _____

CAMPO OBBLIGATORIO: DATI CLINICI

- Sito di prelievo dei campioni dente _____ profondità tasca _____ mm
- Massima perdita di attacco (CAL) _____ mm
- ▶ **IMPORTANTE: il prelievo deve essere effettuato con esattamente 2 coni di carta dalla tasca più profonda.**
- Bleeding on probing (BOP) sì no
- Grading A B C
- Staging I II III IV
- Classificazione Salute parodontale/gengivale Paziente parodontale stabile Parodontite localizzata
- Gingivite Parodontite generalizzata

- Data del prelievo _____
- Esecuzione di PadoBiom®: prima del trattamento dopo il trattamento
- Data dell'ultima terapia antibiotica _____
- Data dell'ultimo trattamento strumentale _____
- Perdita di denti a causa di parodontite sì no
- Fumatore sì no
- Paziente diabetico sì no

DATI FACOLTATIVI

- Altri farmaci (antisettici, probiotici, etc.): **quali e quando?** _____
- Storia familiare (malattia parodontale all'anamnesi familiare) _____
- Osservazioni (malattie pregresse, ipersensibilità) _____

IN AGGIUNTA: TEST DI PREDISPOSIZIONE GENETICA (+ 80,00 €)

- PadoGen (disponibile solo in DE e A) **ASSOLUTAMENTE NECESSARIO: compilare e firmare la dichiarazione di consenso sul retro!**
- Test di predisposizione genetica: determinazione della predisposizione genetica all'infiammazione (IL-1 α , IL-1 β , IL-1-RN, TNF- α)

REFERTO & FIRMA

E-mail (registrazione/referto) _____

Referto (solo allo studio dentistico) online* e-mail posta

* Accesso ai dati solo con conto cliente (registrazione su www.iai-test.de)

Ho capito e accetto la dichiarazione del dentista sul retro. La dichiarazione del paziente è stata osservata.

Luogo e data _____

Firma del dentista _____

Ordine: Inviatemi altri kit di prelievo PadoBiom® (4 kit in ogni confezione): quantità ordine _____ confezioni da 4 kit

DICHIARAZIONE DEL DENTISTA: INFORMAZIONE E CONSENSO

Il paziente è stato informato che non sussiste un diritto al rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora dopo la realizzazione dell'analisi il paziente desideri ricevere direttamente la fattura, io, nella mia qualità di dentista, confermo di aver informato il paziente dei costi in base alle tabelle sottostanti. In ogni caso, sarà lo studio dentistico a ricevere il referto dell'analisi. I dati personali saranno trattati nel rispetto delle normative vigenti sulla privacy.

PANORAMICA DEI PREZZI

PadoBiom	125,00	PadoGen (disponibile solo in DE e A)	80,00
Analisi basata sul microbioma		Analisi genetica	

Prezzi in EUR/CHF, aggiornati al mese 03/2024, con riserva di eventuali modifiche. IVA inclusa.

Solo per **PadoGen** (disponibile solo in DE e A):

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AD UN'ANALISI di genetica molecolare in base alla legge tedesca sulla diagnostica genetica

Analisi genetica richiesta:

Caratterizzazione genetica molecolare dei polimorfismi alla posizione -889 del gene umano dell'interleuchina (IL-)1 α , alla posizione +3953 del gene umano dell'interleuchina (IL-)1 β , alla posizione +2018 del gene umano dell'antagonista del recettore dell'interleuchina (IL-1RN) e alla posizione -308 del gene umano del fattore di necrosi tumorale α (TNF- α).

Informazione:

La determinazione della predisposizione genetica all'infiammazione attraverso l'analisi dei polimorfismi dei geni di cui sopra consente di fornire una prognosi sul decorso delle malattie parodontali. Disponendo di queste informazioni, è possibile predisporre per il paziente un'apposita terapia e profilassi, e così ritardare la distruzione del parodonto, che progredisce più rapidamente nei pazienti con una maggiore predisposizione ereditaria all'infiammazione.

Sono d'accordo*

- con l'analisi di cui sopra ed il prelievo dei campioni; sono stato informato del significato dell'analisi dal mio medico curante, l'ho capito ed ho avuto tempo sufficiente per pensarci;
- che il campione venga inoltrato ad un laboratorio partner specializzato e che possa essere utilizzato per un esame eventuali verifiche del risultato necessarie o per ulteriori esami utili ai fini della diagnosi;
- che i risultati delle analisi vengano conservati dopo il referto oltre al periodo prescritto di 10 anni;
- che i seguenti medici o istituzioni ricevano il referto: il mio medico che ha eseguito il prelievo dei campioni, altri medici che mi hanno in cura, come pure _____;
- che a fini di garanzia della qualità il campione possa essere archiviato ed utilizzato;
- ad essere informato del contenuto del referto. Sono stato informato sul mio diritto di non venire a conoscenza del referto.

* Si prega di barrare i punti non desiderati!
In qualsiasi momento posso revocare qualsiasi punto della mia dichiarazione di consenso.

Servizio di consulenza genetica

Nel rispetto delle normative in materia di analisi genetiche vigenti in Germania (Gendiagnostikgesetz, art. 10 della legge GenDG) ed in Austria (Gentechnikgesetz, art. 69 della legge GTG), vi offriamo la possibilità di una consulenza genetica in lingua tedesca in seguito all'esito del test da parte di **medici specialisti qualificati in genetica umana** (per il contenuto della consulenza vedi www.iai-test.de/service/genetischeberatung). Se si desidera questo servizio, è sufficiente mettere una crocetta nella casella sottostante e prendere un appuntamento contattandoci all'indirizzo e-mail info@iai-test.de.

Se non si desidera avvalersi di questa opzione, si rinuncia espressamente al diritto alla consulenza genetica.

Desidero una consulenza odontogenetica a pagamento (costo: 250,00 €).

Cognome

Luogo e data

Nome

Firma del paziente o del suo rappresentate legale

Data di nascita

Firma del dentista che prescrive l'analisi

Numero verde gratuito: 00800 32 32 62 62 | E-mail: info@iai-test.de | Web: www.iai-test.de

Partner contrattuali:

DE, UE & mondo: ParoX GmbH | Deutscher Platz 5 - 04103 Leipzig - Germania | Tel.: +49 341 149 59 10 | Fax: +49 341 149 59 59

CH: Institut für Angewandte Immunologie IAI AG | Dorfstr. 4 - 8132 Egg b. Zürich - Svizzera | Tel.: +41 326 855 462 | Fax: +41 326 855 492

Rev.1_V2024-03