

Nome: Cognome:

Data di Nascita: Codice Fiscale:

Tel.: Mail:

Indirizzo: Cap Città

Notizie Cliniche:

.....

.....

.....

.....

.....

Data Prelievo: Numero Campioni: Fattura: medico/centro paziente

- Si** **No** Autorizzo l'invio del campione biologico presso l'Istituto Diagnostico Varelli Srl per l'esecuzione dell'esame/i richiesto/i.
- Si** **No** Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e GDPR 679/2016.
- Si** **No** Autorizzo l'Istituto Diagnostico Varelli Srl a consegnare il referto al medico/centro specialistico richiedente paziente

Il Medico il Paziente

INTOLLERANZE ALIMENTARI - DOSAGGI

- 40 alimenti Cod. FS40
- 80 alimenti Cod. FS80
- 120 alimenti Cod. FS120
- 287 alimenti Cod. FS287

INTOLLERANZE - TEST GENETICI

- Lattosio Cod. ILMUT *
- Caffaina Cod. INCAF *
- Solfiti Cod. PISO *
- Nichel Cod. PINI *

CELIACHIA

- Morbo celiaco Cod. HLMC *
- Screening celiachia Cod. \PCAD

ESAMI ESPIRATO - BREATH TEST

- B.T. Lattosio Cod. LA20H
- B.T. Lattosio Cod. BTL
- B.T. Urea Cod. BT
- B.T. Glucosio Cod. GLUC20
- B.T. al Sorbitolo Cod. BTSO
- B.T. Fruttosio Cod. BTFHC
- B.T. Acido Ottanoico Cod. BTOT

ALLERGOLOGIA

- Allergy Explorer Cod. ALEX *

ALTERAZIONE FLORA INTESTINALE

- Disbiosi Cod. DISB
- Disbiosi Plus Cod. PDISB
- Permeabilità intestinale Cod. PERMI
- Negedia Flora Gut Cod. MIPRO *

DOSAGGI

- Omega Cod. OMFR
- Vitamine Liposolubili Cod. \VILIP
- Vitamine Idrosolubili Cod. \VIDR
- Mineralogramma Cod. MINER
- Adiponectina Cod. ADIP
- Leptina Cod. LEP

*Consenso informato necessario per questo test