

MODULO DI RICHIESTA ANALISI GENETICA

Dati del Paziente

DATA:

STRUTTURA E SPECIALISTA RICHIEDENTE:

COGNOME E NOME:

DATA E LUOGO DI NASCITA:



COGNOME E NOME (del coniuge o 1°genitore): Data e luogo di Nascita.....

COGNOME E NOME (2° genitore o chi ne fa le veci): Data e luogo di Nascita.....

INDIRIZZO:Recapiti:

Se in Gravidanza (o A.S.): U.M..... E.G.E:

Ginecologo e/o Medico curante di riferimento:

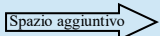
Indicazione all'indagine:

Screening in gravidanza	Screening oncologico	Altro
<input type="checkbox"/> Et� materna > 35 anni <input type="checkbox"/> NT aumentata.....(mm) <input type="checkbox"/> Test combinato o NIPT alterato..... <input type="checkbox"/> Indicazioni ecografiche..... <input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/> probando sano ad alto rischio familiare non documentato <input type="checkbox"/> probando sano ad alto rischio familiare documentato (allegare il referto) <input type="checkbox"/> paziente con sospetta sindrome ereditaria	<input type="checkbox"/> screening per infertilit� <input type="checkbox"/> poliabortivit� (> di 2)

Richiesta:

<input type="checkbox"/> Liquido amniotico <input type="checkbox"/> Villi Coriali <input type="checkbox"/> Altro.....	Screening oncologico su <input type="checkbox"/> Sangue periferico <input type="checkbox"/> Altro.....	Sangue periferico <input type="checkbox"/> Altro.....
<input type="checkbox"/> Cariotipo <input type="checkbox"/> QF-PCR <input type="checkbox"/> Array CGH Targhettato (basso rischio) <input type="checkbox"/> Array CGH genomico (alto rischio) <input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/> BRCA 1/2 <input type="checkbox"/> Pannello HBOC <input type="checkbox"/> Analisi Mutazione Nota gene..... <input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/> Cariotipo <input type="checkbox"/> Fibrosi Cistica <input type="checkbox"/> FISH per <input type="checkbox"/> MLPA per <input type="checkbox"/> Altro.....

Anamnesi Familiare/Albero Genealogico:



Nome leggibile (e/o timbro) e firma dello Specialista prelevatore e/o richiedente: _____

Riservato al Laboratorio:

NOTE aggiuntive e comunicazioni:	Altri N°lab. Correlati al campione (familiari)
Data e ora arrivo campione:	Firma per accettazione



ASP
RAGUSA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Anamnesi Familiare/Albero Genealogico:

Empty light blue rectangular area for recording family history or genealogical information.