MODULO DI ANAMNESI PER ANALISI DI GENETICA MEDICA

COMPILAZIONE IN STAMPATELLO A CURA DEL MEDICO R850-GM-OG-26 Rev.3 del 12/10/2022

Dati paziente

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Codice fiscale		Sesso	☐ M ☐ F

Dati medico

Medico Richiedente			
E-mail		telefono	
Indirizzo medico /Struttura richiedente			

Si chiede, se disponibile, di allegare copia della consulenza genetica e di ogni altra indagine eseguita al fine di una completa valutazione del quadro clinico

Anamnesi familiare	
Anamnesi personale	Origine geografica dei nonni (obbligatoria per Fibrosi cistica e SMA): _____ Gravidanza in corso: □NO □SI settimana di gestazione:_____ Eventuali precedenti aborti spontanei (obbligatoria per pannello infertilità): Nr_____._____ Il partner ha eseguito il test: □NO □SI nome del partner:_____

ANALISI RICHIESTA (segnare con una x)

- ☐ SMA
- ☐ DMD
- ☐ CMT1A
- ☐ HNPP
- ☐ FIBROSI CISTICA
  - ○ screening base 67 mutazioni
  - ○ screening esteso >300 mutazioni
  - ○ II Livello
  - ○ III Livello
- ☐ BETA-TALASSEMIA
  - ○ Ricerca mutazioni
  - ○ III Livello
- ☐ X-FRAGILE
- ☐ AZF-microdelezione cromosoma Y
- ☐ PANNELLO INFERTILITA'
  - ○ FEMMINILE (22 GENI)
  - ○ MASCHILE (33 GENI)

- ☐ TEST DEL PORTATORE DONNA (SMA+DMD+FIBROSI CISTICA screening esteso + X-FRAGILE)
- ☐ TEST DEL PORTATORE RIDOTTO (SMA+ FIBROSI CISTICA screening esteso)
- ☐ TEST DEL PORTARE PANNELLO ESTESO DI SECONDO LIVELLO
- ☐ Analisi Molecolare per PW/AS
- ☐ PANNELLO FATTORI DELLA COAGULAZIONE
- ☐ SINGOLI FATTORI:
  - ○ FATTORE V (H1299R)
  - ○ FATTORE V DI LEIDEN
  - ○ FATTORE II
  - ○ MTHFR (C677T, A1298C)
  - ○ PAI-1
- ☐ PANNELLO RISCHIO CARDIOVASCOLARE (ACE, FXIII, CBS, FGB, GPIIIa, AGT, ATGR1)

- ☐ JAK2
- ☐ EMOCROMATOSI
- ☐ CELIACHIA
- ☐ CONNESSINA CX26
- ☐ CONNESSINA CX30
- ☐ DISOMIA UNIPARENTALE cromosoma:……
- ☐ HLA-G (14bp del/ins)
- ☐ Sindrome di Noonan o RASopatie in post natale
- ☐ ESOMA CLINICO
- ☐ Solo i seguenti geni (esplicitare): …….. …….
- ☐ ALTRO:……..

Autorizzo il Laboratorio ad inviarmi il referto dell'esame qui richiesto e mi impegno alla relativa consegna e condivisione con il paziente.

Data: _____/_____/_____ Firma del Medico (leggibile) con Timbro:_____