

## SCHEDE per RICHIESTA ESAMI RACCOLTA INFORMAZIONI CLINICHE

- **Scheda A** – Richiesta esami per accertamento diagnostico o monitoraggio paziente noto
- **Scheda B** – Informazioni cliniche per richiesta di accertamento diagnostico
- **Scheda C** – Informazioni cliniche per richiesta di monitoraggio in paziente noto
- **Scheda D** – Informazioni e richiesta esami conferma diagnostica per SNE (ad uso riservato a CCR\_SNE e reparti di Neonatologia/patologia Neonatale/TIN)

### CREATININA URINARIA

L'esame "Creatinina urinaria", necessario per la normalizzazione dei risultati dei test eseguiti su campioni urinari, verrà eseguito solo su campione di urine fresche o conservate a +4°/+8°C per un massimo di 48-72 ore dalla raccolta.

Si consiglia, pertanto, per il dosaggio di tale esame l'invio di un'aliquota di circa 1 ml di urine di campione fresco o conservato come sopra indicato.

**IMPORTANTE:** l'aliquota di urina (circa 1 ml), che dovrà essere inviata per il dosaggio della creatinina urinaria, deve provenire dalla campione raccolto in toto e preventivamente miscelato.

I campioni di urina congelati non sono da considerarsi idonei per la misurazione della U-Creatinina.

**SCHEDA A - RICHIESTA ESAMI per: ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO  MONITORAGGIO TERAPEUTICO PZ. NOTO**

(Nota: apporre i flag ove richiesto; gli esami richiesti nella scheda devono corrispondere a quelli riportati nel Documento di richiesta amministrativa)

**Dati Identificativi Paziente:**  
 COGNOME: ..... NOME: ..... Sex: M  F   
 Data Nascita: ...../...../..... Luogo Nascita ..... Codice Fiscale:.....

**Dati Identificativi Struttura inviante:**  
 Ospedale ..... Reparto: ..... Città (CAP): .....

Tel:..... Fax.....Mail.....

**Dati biometrici paziente: ALTEZZA/LUNGHEZZA (cm) ..... PESO (kg) .....**

| PRESTAZIONE   | Campione biologico  | Volume Minimo Campione  | INFORMAZIONI AGGIUNTIVE  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|
| <b>Nota per campioni plasmatici: in caso di profilo associato delle analisi sottoelencate, il volume complessivo di plasma può essere ridotto a 1 ml totale</b> |   |   |  |  |  |
| P-AMINOACIDI PLASMATICI <sup>1</sup>  | Plasma (anticoagulant e Litio Eparina) Prelievo dopo digiuno standard | 0.5 ml  | Centrifugare il campione entro 30' dal prelievo e separare il plasma; Congelare -20°C  |  |  |
| P-ACILCARNITINE PLASMATICHE   |   | 0.5 ml  |  |  |  |
| P-BIOTINIDASI PLASMATICA  |   | 0.5 ml  |  |  |  |
| P-AC. METILMALONICO PLASMATICO  |   | 0.5 ml  |  |  |  |
| <b>Nota per campioni serici: in caso di profilo associato delle analisi sottoelencate, il volume complessivo di siero può essere ridotto a 1 ml totale</b>      |   |   |  |  |  |
| S-TRANSFERRINE DESIALATE (%CDT)   | Siero Prelievo dopo digiuno standard                                  | 0.5 ml  | Centrifugare il campione entro 30' dal prelievo e separare il siero; Congelare -20°C   |  |  |
| S-NEFA (Acidi Grassi Non Esterificati)  |   | 0.5 ml  |  |  |  |
| S-β-Idrossi-BUTIRRATO   |   | 1.0 ml  |  |  |  |
| CSF-AMINOACIDI LIQUORALI  | Liquor (CSF)  | 0.5 ml  | Congelare -20°C  |  |  |
| U-AMINOACIDI URINARI <sup>2</sup>   | Urina   | <input type="checkbox"/> 5 ml - campione estemporaneo<br><input type="checkbox"/> Raccolta 24 | A. Camp. estemporaneo:<br>Congelare (-20°C) aliquota 5 ml<br><br>B. Raccolta 24 h:<br>Diuresi (ml) .....<br>Altezza (cm) .....<br>Peso (kg) .....<br>Congelare (-20°C ) aliquota 5 ml. |  |  |
| U-ACIDI ORGANICI  |   | 5 ml - campione estemporaneo  |  |  |  |
| U-ACIDO METILMALONICO URINARIO  |   | 2 ml - campione estemporaneo  |  |  |  |
| U-AC. MEVALONICO  |   | 5 ml - campione estemporaneo  |  |  |  |
| U-ACIDO OROTICO   |   | 2 ml - campione estemporaneo  |  |  |  |
| U-SUCCINILACETONE   |   | 5 ml - campione estemporaneo  |  |  |  |
| U-ACIDO Delta AMINOLEVULINICO   |   | 5 ml - campione estemporaneo  |  |  |  |
| U-GALATTOSIO (det. Quantitativa)  |   | 2 ml - campione estemporaneo  |  |  |  |
| U-FRUTTOSIO (det. Quantitativa)   |   | 2 ml - campione estemporaneo.   |  |  |  |
| U-CITRATI   |   | 5 ml - campione estemporaneo  |  |  |  |
| U-ACIDO OMOGENTISICO  |   | Urina   |  | 5 ml - campione estemporaneo   | Proteggere il contenitore dalla luce; congelare -20°C  |
| U-ACIDO OMOVANILLICO  |   | Urina   |  | <input type="checkbox"/> 5 ml - campione estemporaneo<br><input type="checkbox"/> Raccolta 24 h -segnalare diuresi | A.-B. Acidificare con HCl 25% **<br>**vedi istruzioni specifiche<br>B. Diuresi 24 h (ml) .....<br><br>A.-B. Congelare (-20°C) aliquota 5ml |
| U-ACIDO VANILMANDELICO  |   |   |  |  |  |
| U-ACIDO 5-IDROSSI-INDOLACETICO  |   |   |  |  |  |
| U-OSSALATI  |   |   |  |  |  |
| U-MUCOPOLISACCARIDI - GAG   | Urina   | 5.0 ml - campione estemporaneo  | Congelare -20°C  |  |  |
| U-SULPHITEST  | Urina   | 2.0 ml – campione estemporaneo  | Consegna immediata campione post-minzione al Lab.  |  |  |

|   |     |   |
|---|-----|---|
| SD-Acidi grassi a catena molto lunga (VLFA esterificati)                  | DBS | <b>CARTONCINO per SCREENING (DBS) – minimo 3 spot</b><br>Nota: trasporto rapido refrigerato al LABORATORIO in contenitore con essicante<br>*TEST RISERVATI A PAZIENTI IN ETA' NEONATALE (0-30 gg) |
| SD-ACILCARNITINE-LISOFOSFATIDILCOLINE (C20...C26/ C20:00-LPC...C26:0-LPC) | DBS |   |
| SD- BIOTINIDASI   | DBS |   |
| SD-GALATTOSIO-1P-URIDIL TRANSFERASI                                       | DBS |   |
| SD-GALATTOSIO TOTALE  | DBS |   |
| SD-ACILCARNITINE- AMINOACIDI-SUAC *                                       | DBS |   |

**ANALITI AGGIUNTIVI (SOLO SU RICHIESTA):**

- <sup>1</sup>  P-AC PIPECOLICO -  P-OMOCITRULLINA -  P-SULFOCISTEINA  
<sup>2</sup>  U-AC PIPECOLICO -  U-OMOCITRULLINA -  U-SULFOCISTEIN A

Firma autorizzativa e Timbro Medico Richiedente

Firma autorizzativa e Timbro Direttore Sanitario di Presidio

**SCHEDA B : INFORMAZIONI CLINICHE per RICHIESTA di ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO**

(Compilare in stampatello con grafia leggibile; la mancata compilazione non consente di emettere nel referto il commento di patologia clinica)

Dati Identificativi Paziente:  
**COGNOME:** ..... **NOME:** ..... **Sex:** M  F   
**Data Nascita:** ...../...../..... **Codice Fiscale:**.....  
**Ospedale / Reparto/Città:**.....  
**SOSPETTO/I DIAGNOSTICO/I:** .....  
 .....  
 .....  
**ANAMNESI PERSONALE e (solo se significativa) FAMILIARE:**.....  
 .....  
 .....  
**DATI AGGIUNTIVI (pz in età neonatale-pediatria):** Peso nascita..... gr E.G. (settimane)..... P.gio Apgar:...../.....  
 Sofferenza perinatale SI NO Consanguineità  HELPP SYNDROME materna  Altre Patologie Materne:.....

**SINTOMATOLOGIA** (barrare le singole caselle)

|  |           |           |  |           |           |
|--|-----------|-----------|--|-----------|-----------|
| Ipotonia   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | Cardiomiopatia   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| Ipertonia  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | Alterata funzionalità respiratoria   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| <input type="checkbox"/> Atassia <input type="checkbox"/> Disturbi del movimento | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <input type="checkbox"/> Epatomegalia <input type="checkbox"/> Splenomegalia         | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| Convulsioni  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | Ascite   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| Coma : grado.....  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <input type="checkbox"/> Ittero <input type="checkbox"/> Colestasi                   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| Edema cerebrale  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <input type="checkbox"/> Dismorfismi <input type="checkbox"/> Facies caratteristiche | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| <input type="checkbox"/> Neuropatia periferica <input type="checkbox"/> Miopatia | <b>SI</b> | <b>NO</b> | Cataratta <input type="checkbox"/> monolaterale <input type="checkbox"/> bilaterale  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Macrocefalia      | <b>SI</b> | <b>NO</b> | Ritardo dell'accrescimento   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| Nistagmo   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | Anemia   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| Ritardo psicomotorio   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <input type="checkbox"/> Piastrinopenia <input type="checkbox"/> Coagulopatia        | <b>SI</b> | <b>NO</b> |

**INDICI EMATOCHIMICI** (DATA ESECUZIONE: ..... / PAZIENTE in CRISI o POST-CRISI  / PAZIENTE IN BENESSERE )

|                   |            |  |                    |  |                      |           |
|-------------------|------------|--|--------------------|--|----------------------|-----------|
| <b>EAB: pH</b>    | <b>BE:</b> | <b>Acidosi</b> <input type="checkbox"/> <b>Alcalosi</b> <input type="checkbox"/> | Fosfatasi Alcalina | U/L  | Acido Urico          | mg/dl     |
| <b>p-Lattato</b>  | mM/L       |  | Omocisteina:       |  | µmol/L               |           |
| <b>p- Ammonio</b> | µg/dl      |  | Colesterolo        | mg/dl  | Trigliceridi.....    | mg/dl     |
| <b>Glicemia</b>   | mg/dl      |  | Chetoni urinari:   | <input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> presenti (riportare +):..... |                      |           |
| <b>AST/ALT</b>    | U/L        |  | Mioglobinuria:     | <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> presente (riportare +):..... |                      |           |
| <b>CK</b>         | U/L        |  | Emocromo: Hb       | g/L .GR  | /mm <sup>3</sup> MCV | Piastrine |
| <b>Creatinina</b> | mg/dl      |  | Coagulazione:      | INR  |                      |           |

**NUTRIZIONE:**  HU  Latte ARTIFICIALE (tipo ..... )  MISTA  TPN  ENTERALE  IDROLISATO PROTEICO  DIETA LIBERA  
 Sospensione alimentazione contenente  proteine  carboidrati  grassi (Note: ..... )  
 Infusione gluco-salina (specificare tipo e %): .....

**SUPPLEMENTAZIONE con:**  VITAMINE ( B12  B6  Riboflavina  C)  AC.FOLICO  CARNITINA  MCT  ALTRO.....

**FARMACI e ev. TERAPIA TRASFUSIONALE:** farmaci somministrati e data ter.trasf.le  
 Terapia in atto .....  
 Terapia pregressa (ultima settimana) .....  
 Terapia trasfusionale eseguita in data .....

Firma Medico compilatore  
 \_\_\_\_\_

### SCHEDA C : INFORMAZIONI CLINICHE per RICHIESTA di MONITORAGGIO in PAZIENTE NOTO

(Compilare in stampatello con grafia leggibile; la mancata compilazione non consente di emettere nel referto il commento di patologia clinica)

**Dati Identificativi Paziente:**  
**COGNOME:** ..... **NOME:** ..... **Sex:** M  F   
**Data Nascita:** ...../...../..... **Codice Fiscale:**.....  
**Ospedale / Reparto/Città:**.....

**PAZIENTE NOTO (già eseguite analisi di biochimica genetica c/o ns. Laboratorio) con DIAGNOSI di:**  
 .....  
 .....

**NOTE o INFORMAZIONI AGGIUNTIVE relative alle condizione del paziente al momento del prelievo o della raccolta urine**

- PAZIENTE in CRISI o POST-CRISI
- PAZIENTE IN BENESSERE

**Altro:**  
 .....  
 .....

| INDICI EMATOCHIMICI (DATA ESECUZIONE: / PAZIENTE in CRISI o POST-CRISI <input type="checkbox"/> / PAZIENTE IN BENESSERE <input type="checkbox"/> |   |
|--|---|
| <b>EAB: pH</b>   | <b>BE:</b> <b>Acidosi</b> <input type="checkbox"/> <b>Alcalosi</b> <input type="checkbox"/>                 |
| <b>Lattato</b>   | <b>Fosfatasi alcalina</b> U/L <b>Acido urico</b> mg/dl  |
| <b>Ammonio</b>   | <b>Omocisteina:</b> μmol/L  |
| <b>Glicemia</b>  | <b>Colesterolo</b> mg/dl <b>Trigliceridi</b> mg/dl  |
| <b>AST/ALT</b>   | <b>Chetoni urinari:</b> <input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> presenti (riportare i +): |
| <b>CK</b>  | <b>Mioglobinuria:</b> <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> presente (riportare i +):   |
| <b>Creatinina</b>  | <b>Emocromo:</b> Hb g/L .GR /mm <sup>3</sup> MCV Piastrine  |
|  | <b>Coagulazione:</b> INR  |

**STATO NUTRIZIONALE AL MOMENTO DEL PRELIEVO/RACCOLTA URINARIA:**  
 HU  Latte ARTIFICIALE (tipo ..... )  MISTA  TPN  ENTERALE  IDROLISATO PROTEICO  
 DIETA LIBERA  
 Sospensione alimentazione contenente  proteine  carboidrati  grassi (Note: ..... )  
 Infusione gluco-salina (specificare tipo e %): .....

**SUPPLEMENTAZIONE IN ATTO AL MOMENTO DEL PRELIEVO/RACCOLTA URINARIA con:**  
 VITAMINE ( B12  B6  Riboflavina  C)  AC.FOLICO  CARNITINA  MCT  
 ALTRO.....

**FARMACI e ev. TERAPIA TRASFUSIONALE: farmaci somministrati e data ter.trasf.le**

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Terapia in atto .....<br><input type="checkbox"/> Terapia pregressa (ultima settimana) .....<br><input type="checkbox"/> Terapia trasfusionale eseguita in data ..... | Firma Medico compilatore<br>_____ |
|--|-----------------------------------|

**SCHEDA D: INFORMAZIONI e RICHIESTA ESAMI CONFERMA DIAGNOSTICA per SNE**  
**Nota: uso riservato a CCR SNE e reparti di Neonatologia-Patologia Neonatale/TIN (su richiesta LRRSN).**

(Compilare in stampatello con grafia leggibile; il presente modulo DEVE essere restituito compilato insieme ai campioni biologici)

Nota: scheda da utilizzarsi unicamente in caso di invio di campioni su richiesta del LRRSN per conferma diagnostica di positività ai Programmi di Screening neonatale esteso (SNE), Fenilchetonuria (HPA/PKU), Galattosemie (GAL), Difetto di Biotinidasi (BTD);

**Dati Identificativi NEONATO**

COGNOME: ..... NOME: ..... Sex: M  F

Data Nascita: ...../...../..... CODICE NEONATO (LRRSN): .....

**Dati Identificativi MADRE del neonato (da compilare solo in caso di richiesta anche di controllo materno)**

COGNOME: ..... NOME: .....

Data Nascita: ...../...../..... Codice Fiscale:.....

CCR/Ospedale / Reparto/Città:.....

**POSITIVITA' PROGRAMMA SNE** (siglare il sospetto diagnostico di selezione):

① AMINOACIDOPATIE (AA) ② ACIDEMIE ORGANICHE (AO) ③ DIF.OX. AC.GRASSI (FAO)  
 ④ DIF. CICLO UREA (UCD) ⑤ GALATTOSEMIA (GAL) ⑥ DIF BIOTINIDASI (BTD)  
 ⑦ ALTRO (specificare).....

ESAMI RICHIESTI (DATA di PRELIEVO: ...../...../.....ORA PRELIEVO:.....)

| Campione: PLASMA (Li Eparina)<br>Campione: CSF | Campione: URINE<br>(campione estemporaneo)       | Campione: DBS (cartoncino screening)    |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> P-AMINOACIDI          | <input type="checkbox"/> U-AMINOACIDI            | <input type="checkbox"/> Sg-GAL-1-PUT   |
| <input type="checkbox"/> LCR-AMINOACIDI        | <input type="checkbox"/> U-ACIDI ORGANICI        | <input type="checkbox"/> Sg-GALATTOSIO  |
| <input type="checkbox"/> P-ACILCARNITINE       | <input type="checkbox"/> U-AC.METILMALONICO      | <input type="checkbox"/> Sg-BIOTINIDASI |
| <input type="checkbox"/> P-BIOTINIDASI         | <input type="checkbox"/> U-AC.OROTICO            | <input type="checkbox"/> ALTRO:         |
| <input type="checkbox"/> P-AC. METILMALONICO   | <input type="checkbox"/> U-AC. δ-AMINOLEVULINICO | <input type="checkbox"/> ALTRO:         |
| <input type="checkbox"/> ALTRO:                | <input type="checkbox"/> U-SUCCINILACETONE       |   |
| <input type="checkbox"/> ALTRO:                | <input type="checkbox"/> U-GALATTOSIO            |   |
| <input type="checkbox"/> ALTRO:                | <input type="checkbox"/> ALTRO:                  |   |

**STATO NUTRIZIONALE AL MOMENTO DEL PRELIEVO/RACCOLTA URINARIA:**

HU  Latte ARTIFICIALE (tipo ..... )  MISTA (COMPLEMENTARE)  TPN  ENTERALE  IDROLISATO PROTEICO

Sospensione alimentazione contenente  proteine  galattosio  lipidi (Note: .....)

Infusione gluco-salina (specificare tipo e %): .....

**SUPPLEMENTAZIONE IN ATTO AL MOMENTO DEL PRELIEVO/RACCOLTA URINARIA con:**

VITAMINE ( B12  B6  Riboflavina  C)  AC.FOLICO  CARNITINA  MCT

ALTRO.....

**FARMACI e ev. TERAPIA TRASFUSIONALE: farmaci somministrati e data ter.trasf.le**

Terapia in atto .....

Terapia pregressa (ultima settimana) .....

Terapia trasfusione eseguita in data .....

Firma Medico compilatore

**SCHEDE A - B - C - D**  
**Modalità di compilazione**  
**Regole d'uso**

**Indicazioni generali per Schede**

- Le schede **A – B – C** sono state elaborate per consentire la corretta gestione degli esami di competenza del LRRSN e delle procedure di invio ed accettazione di campioni biologici per accertamento diagnostico e monitoraggio terapeutico di pazienti con sospetto diagnostico di malattia metabolica ereditaria (MME) o di altra patologia/condizione clinica che ne renda appropriata la richiesta.
- La Scheda **D** è riservata alle richieste di esami (pannelli ristretti) per conferma diagnostica di positività allo Screening Neonatale per Malattie metaboliche Ereditarie (Programma SNE) ed è ad uso esclusivo dei Centri Clinici di Riferimento (CCR) competenti in ambito di Programma Regionale SNE o di Reparti di Neonatologia/Patologia Neonatale – TIN di Regione Lombardia, su specifica richiesta del LRRSN.
- Le schede devono essere correttamente compilate (usare **inchiostro nero**) **in ogni loro parte, in stampatello, con grafia chiara, leggibile e scansionabile**. Ogni scheda deve riportare timbro e firma del Medico richiedente/compilatore
- Ogni invio/consegna di materiali biologici (ad eccezione di quelle di competenza della Scheda D – Programma di Screening Neonatale SNE) deve essere accompagnata dalla seguente documentazione:
  - **RICHIESTA AUTORIZZATIVA AMMINISTRATIVA** rilasciata dall'Ufficio aziendale competente (Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, Direzione di Laboratorio) della struttura inviante; questo documento è essenziale per la fatturazione della prestazione richiesta; in assenza di tale richiesta i **campioni biologici non possono essere accettati; il pannello di esami richiesti deve corrispondere a quelli elencati nella SCHEDA A (vedi oltre)**.
  - **SCHEDA A: deve essere compilata sempre per le condizioni previste dalle Schede B-C, ad ogni invio di materiale biologico**; l'apposizione di "flag" nello specifico campo predisposto indica la/le prestazione/i da eseguire; verificare per ogni prestazione la corrispondenza dei materiali biologici richiesti, i volumi richieste, le eventuali informazioni aggiuntive; specificare (prima riga) se la richiesta è riferita ad un paziente in accertamento diagnostico o ad un paziente **noto** in monitoraggio terapeutico; per "**paziente noto**" s'intende un paziente che ha una diagnosi clinica definita, che ha già eseguito precedente/i accertamento/i diagnostico/i presso il nostro Laboratorio e necessita di monitoraggio terapeutico/nutrizionale.
  - **Scheda D:** la compilazione della **Scheda D (uso riservato)** esonera dalla compilazione della schede A-B-C e dall'invio della richiesta autorizzativa amministrativa.
- **In caso di mancato invio della documentazione sopra riportata (laddove richiesta), il LRRSN non potrà accettare e analizzare i campioni inviati.**

**Indicazioni aggiuntive per condizioni previste dalle schede B - C**

- In aggiunta all'invio obbligatorio di Richiesta Autorizzativa Amministrativa e scheda A, in funzione della tipologia di paziente (in accertamento diagnostico o in monitoraggio terapeutico se paziente noto) ogni invio/consegna di materiali biologici deve essere accompagnato dalla corrispondente scheda di raccolta di **INFORMAZIONI CLINICHE A o B:**
  - **SCHEDA B:** da compilarsi **sempre** in **pazienti in accertamento diagnostico**, senza precedenti accertamenti presso il ns. Laboratorio o senza diagnosi definita;
  - **SCHEDA C:** da compilarsi **unicamente** in **paziente noto**, con diagnosi definita e precedenti accertamenti eseguiti presso il ns. Laboratorio, con richiesta di esami per monitoraggio terapeutico (paziente in terapia farmacologica o nutrizionale/dietetica) o follow-up clinico;

○ **INDICI EMATOCHIMICI:**

- Nella **scheda B (paziente in accertamento diagnostico)** è **obbligatorio** riportare i parametri in grassetto **EAB, Lattato, Ammonio, Glicemia, AST/ALT, CK, Creatinina** ; i restanti parametri se disponibili sono estremamente utili nell'inquadramento diagnostico degli esami eseguiti;
- Nella **scheda C (paziente noto in monitoraggio terapeutico)** è **obbligatorio** riportare se la raccolta del materiale biologico inviato è stata eseguita in condizione di crisi o in benessere; è comunque utile (per l'interpretazione dei risultati) l'invio dei dati ematochimici disponibili ed elencati;
- I campi **NUTRIZIONE, SUPPLEMENTAZIONE, FARMACI** devono essere sempre compilati in entrambe le schede B e C
- **Il mancato invio delle schede B o C o una loro insufficiente compilazione** non consentiranno di riportare nel referto alcun commento di patologia clinica; questo dato sarà segnalato nel referto.

**Indicazioni aggiuntive per condizioni previste dalle schede D**

- La scheda D deve essere compilata in ogni sua parte e deve essere inoltrata al LRRSN una sola volta, al momento dell'azione di conferma diagnostica.
- La compilazione della Scheda D prevede che, oltre ai dati identificativi del neonato, sia anche inserito il Codice Neonato riportato sul referto di screening neonatale trasmesso dal LRRSN per la comunicazione di positività SNE;
- La condizione di "Positività Programma SNE" deve essere "flaggata" nell'apposito campo ed essere strettamente coerente con il sospetto diagnostico espresso nel referto di screening neonatale per il Programma SNE.
- Il campo "Esami richiesti" elenca gli esami richiedibili; la richiesta di esami deve essere coerente e limitata al sospetto diagnostico espresso nel referto di screening
- I campi "Stato Nutrizionale", "Supplementazione in atto", "Farmaci e Terapia Trasfusionale" devono essere integralmente compilati