

MODULO DI ANAMNESI PER ANALISI DI GENETICA MEDICA

COMPILAZIONE IN STAMPATELLO A CURA DEL MEDICO

R850-GM-OG-26 Rev.4 del 08/02/2023

Dati paziente

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Codice fiscale		Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI settimana di gestazione: _____ Eventuali precedenti aborti spontanei (obbligatoria per pannello infertilità): Nr. _____ Il partner ha eseguito il test: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI nome del partner: _____

ANALISI RICHIESTA (segnare con una x)

<input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> DMD <input type="checkbox"/> CMT1A <input type="checkbox"/> HNPP <input type="checkbox"/> FIBROSI CISTICA ○ screening base 67 mut. ○ screening esteso >300 mut. ○ II Livello ○ III Livello <input type="checkbox"/> BETA-TALASSEMIA ○ Ricerca mutazioni ○ III Livello <input type="checkbox"/> X-FRAGILE <input type="checkbox"/> AZF-microdelezione cromosoma Y <input type="checkbox"/> PANNELLO INFERTILITA' ○ FEMMINILE (22 GENI) ○ MASCHILE (33 GENI)	<input type="checkbox"/> TEST DEL PORTATORE DONNA (SMA+DMD+FIBROSI CISTICA screening esteso + X-FRAGILE) <input type="checkbox"/> TEST DEL PORTATORE RIDOTTO (SMA+ FIBROSI CISTICA screening esteso) <input type="checkbox"/> TEST DEL PORTARE PANNELLO ESTESO DI SECONDO LIVELLO <input type="checkbox"/> Analisi Molecolare per PW/AS <input type="checkbox"/> PANNELLO FATTORI DELLA COAGULAZIONE <input type="checkbox"/> SINGOLI FATTORI: ○ FATTORE V (H1299R) ○ FATTORE V DI LEIDEN ○ FATTORE II ○ MTHFR (C677T, A1298C) ○ PAI-1 <input type="checkbox"/> PANNELLO RISCHIO CARDIOVASCOLARE (ACE, FXIII, CBS, FGB, GPIIIa, AGT, ATGR1) <input type="checkbox"/> JAK2 <input type="checkbox"/> EMOCROMATOSI <input type="checkbox"/> CELIACHIA	<input type="checkbox"/> CONNESSINA CX26 <input type="checkbox"/> CONNESSINA CX30 <input type="checkbox"/> DISOMIA UNIPARENTALE cromosoma:..... <input type="checkbox"/> HLA-G (14bp del/ins) <input type="checkbox"/> Sindrome di Noonan o RASopatie in post natale <input type="checkbox"/> PANNELLO PER SLA Sclerosi Laterale Amiotrofica <input type="checkbox"/> ESOMA CLINICO <input type="checkbox"/> PANNELLO Patologie Neurologiche <input type="checkbox"/> PANNELLO Patologie Cardiologiche <input type="checkbox"/> PANNELLO Patologie Oculistiche <input type="checkbox"/> Solo i seguenti geni (esplicitare): <input type="checkbox"/> 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: _____