

MODULO DI ANAMNESI PANORAMA (Pannello Esteso)

Compilazione in stampatello a cura dello specialista (R850-GR-OSLAB-103 Rev.0 del 09/05/2023)

Dati anagrafici gestante	Dati Ente ordinante e/o specialista
Gestante: (cognome e nome) _____ _____ Data di nascita: ____/____/____ CF: _____ Indirizzo di residenza/domicilio: _____ _____ E-mail: _____ Telefono: _____	Ente ordinante: _____ _____ Specialista: _____ _____ E-mail: _____ Telefono: _____
Dati clinici della gestante	Test richiesto
Peso (kg): _____ Altezza (cm): _____ Epoca gestazionale: _____ Settimane _____ Giorni Calcolata il: ____/____/____ NT: _____ Numero di feti: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2* * <input type="checkbox"/> Monocoriale <input type="checkbox"/> Bicoriale <input type="checkbox"/> Non identificabile Gravidanza con fecondazione in Vitro: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ** ** <input type="checkbox"/> Paziente (età ovulo _____) <input type="checkbox"/> Donatrice (età ovulo _____) NB: indicare n. embrioni trasferiti: _____	<input type="checkbox"/> Panorama Prenatal Panel (T13, T18, T21) <input type="checkbox"/> Panorama Extended Panel (T13, T18, T21, del22q11.2, del1p36, del5p, del15q11.2mat, del15q11.2pat) Contrassegnare le eventuali opzioni di test aggiuntive richieste: <input type="checkbox"/> Sesso Fetale <input type="checkbox"/> Monosomia X <input type="checkbox"/> Anomalie dei cromosomi sessuali <input type="checkbox"/> Triploidia <input type="checkbox"/> Microdelezione 22q11.2 (3Mb+atipica) Indicazione all'analisi <input type="checkbox"/> Età materna avanzata (≥35 anni) <input type="checkbox"/> Scelta personale (≤35 anni) <input type="checkbox"/> Screening biochimico ad alto rischio: _____ <input type="checkbox"/> Anomalie ecografiche: _____ <input type="checkbox"/> Translucenza nucale aumentata: _____
Anamnesi della gestante	Note
- Precedenti aborti: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ - Cariotipo materno: _____ - Cariotipo paterno: _____ - Patologie materne: _____ - Tumori materni: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ (anche di natura benigna) - Fibromi/Miomi: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ - Trasfusioni: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI* (data: ____/____/____) * se eseguita nei 6 mesi prima della gravidanza non è possibile eseguire test - Trapianti: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI** - Vanishing Twin: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI** } ** non è possibile eseguire test - Terapia farmacologica: _____ _____ - Terapia con Eparina: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI^ ^se concesso dal medico sospendere nelle 24h precedenti il prelievo - Altro: _____	NB: indicare se è una ripetizione: _____ _____ _____ <div>ID TOMA</div>

Firma dello specialista: _____ (con timbro)

Data del prelievo: ____/____/____

Applicare etichetta
contenuta nel kit