

## MODULO DI ANAMNESI LUCE

Compilazione in stampatello a cura dello specialista

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: ____/____/____ Data del prelievo NT: _____ Numero di feti: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 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"/> Screening base (T13, T18, T21) <input type="checkbox"/> Screening intero genoma (Del. o dup. di tutti i cromosomi >7Mb) Contrassegnare l'eventuale opzione di test aggiuntivo: <input type="checkbox"/> Sesso Fetale (comprese le Anomalie dei cromosomi sessuali) In aggiunta: <input type="checkbox"/> Analisi RH fetale (N.B. Necessaria provetta in EDTA aggiuntiva) (applicabile solo in gravidanze con gestante RH negativa e partner RH positivo. Non richiedibile per gravidanze gemellari.)
	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 _____ - Patologie materne: _____ _____ - Malattie autoimmuni: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ - Tumori materni: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ <small>(anche di natura benigna)</small> - Fibromi/Miomi: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ - Trasfusioni: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI* (data: ____/____/____) <small>* se eseguita nei 6 mesi prima della gravidanza non è possibile eseguire test</small> - Trapianti: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI** - Vanishing Twin: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI** } ** non è possibile eseguire test - Anomalie cromosomiche (materne e/o paterne): _____ _____ - Terapia farmacologica: _____ _____	NB: indicare se è una ripetizione: _____ _____ Altro: _____ _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center; margin: 20px 0;">ID TOMA</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center;">Applicare etichetta contenuta nel kit</div>

Firma dello specialista: \_\_\_\_\_ (con timbro)

Data del prelievo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma gestante: \_\_\_\_\_