

## MODULO DI ANAMNESI PANORAMA

Compilazione in stampatello a cura dello specialista (R850-GR-OSLAB-41 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 checked="" type="checkbox"/> Panorama Prenatal Panel (T13, T18, T21) 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) <b>Indicazione all'analisi</b> <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** - 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 style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center; margin-top: 20px;">ID TOMA</div>

Firma dello specialista: \_\_\_\_\_ (con timbro)  
Data del prelievo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Applicare etichetta  
contenuta nel kit