

MODULO DI ANAMNESI PER ANALISI CITOGENETICHE

COMPILAZIONE IN STAMPATELLO A CURA DEL MEDICO

R850-CG-OG-11 Rev.1 del 14/10/2022

Dati paziente

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Codice fiscale		Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Dati del/della (Nome, cognome, data di nascita)

Partner:	
Madre (solo per minorenni)	
Padre (solo per minorenni)	

Dati medico

Medico richiedente			
e-mail		telefono	

Fatturazione della prestazione:

☐ **ENTE** (specificare ragione sociale /reparto e se in libera professione):☐ **PAZIENTE**

Materiale Biologico:	Analisi Richiesta:
Villi Coriali <input type="checkbox"/>	Cariotipo <input type="checkbox"/>
Liquido Amniotico <input type="checkbox"/>	Cariotipo ad alta risoluzione <input type="checkbox"/>
Sangue Periferico in eparina <input type="checkbox"/>	QF-PCR per ricerca rapida di aneuploidie <input type="checkbox"/>
Sangue Periferico in EDTA <input type="checkbox"/>	FISH con sonda..... <input type="checkbox"/>
Sangue Midollare <input type="checkbox"/>	Esclusione di contaminazione materna <input type="checkbox"/>
Sangue Fetale <input type="checkbox"/>	Array prenatale a basso rischio <input type="checkbox"/>
Materiale Abortivo (Villi coriali) <input type="checkbox"/>	Array prenatale ad alto rischio <input type="checkbox"/>
Materiale Abortivo (Cute) <input type="checkbox"/>	Array postnatale - CGH + SNP GenetiSure Dx, CE-IVD <input type="checkbox"/>
Biopsia cutanea <input type="checkbox"/>	Array postnatale - CGH + SNP GenetiSureCyto Kit 4x180K <input type="checkbox"/>
DNA da (specificare): <input type="checkbox"/>	Altro: <input type="checkbox"/>
.....
Informazioni relative al materiale	Data:
	Quantità (mg/ml):
	Caratteristiche:
	Altro:
Indicazione all'analisi:	
Anamnesi ostetrica (solo per le diagnosi prenatali)	È già stato eseguito il cariotipo? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
	Se si allegare referto o riportare esito cariotipo:
	Settimana di gestazione:
	<input type="checkbox"/> Gravidanza singola
	<input type="checkbox"/> Gravidanza gemellare, indicare numero di feti:
	BFC: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> assente
	indicare l'epoca gestazionale della perdita del battito cardiaco:
	Data ultima mestruazione: Data ultima ecografia:

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: _____