


MODULO DI ANAMNESI PER ANALISI CITOGENETICHE

COMPILAZIONE IN STAMPATELLO A CURA DEL MEDICO R850-CG-OG-11Rev.0 del 19/05/2021

Dati paziente

Cognome											Nome										
Luogo di nascita											Data di nascita										
Codice fiscale																Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F			
I dati seguenti sono obbligatori se la fatturazione è al paziente:																					
Indirizzo di Residenza																					
Telefono										e-mail											

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

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

Dati medico

Medico Prelevatore/Richiedente																			
Telefono											e-mail								

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

☐ **PAZIENTE**
Materiale Biologico
Analisi richiesta/e

<input type="checkbox"/> Villi Coriali <input type="checkbox"/> Liquido Amniotico <input type="checkbox"/> Sangue Periferico in eparina: <input type="checkbox"/> Probando <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Sangue Periferico in EDTA: <input type="checkbox"/> Probando <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Sangue Midollare <input type="checkbox"/> Sangue Fetale <input type="checkbox"/> Materiale Abortivo (Villi coriali) <input type="checkbox"/> Materiale Abortivo (Cute) <input type="checkbox"/> DNA da (specificare):.....	<input type="checkbox"/> Cariotipo standard <input type="checkbox"/> Cariotipo ad alta risoluzione <input type="checkbox"/> QF-PCR per ricerca di aneuploidie (Cr. 13, 18, 21, X, Y) <input type="checkbox"/> FISH con sonda..... <input type="checkbox"/> Esclusione di contaminazione materna <input type="checkbox"/> Array prenatale a basso rischio <input type="checkbox"/> Array prenatale ad alto rischio <input type="checkbox"/> Array postnatale - CGH + SNP GenetiSure Dx, CE-IVD <input type="checkbox"/> Array postnatale - CGH + SNP GenetiSureCyto Kit 4x180K <input type="checkbox"/> Altro:
--	--

Informazioni relative al materiale biologico

Data del prelievo:	Quantità (mg/ml):	Caratteristiche:
--------------------	-------------------	------------------

Indicazione all'analisi	<input type="checkbox"/> Età materna avanzata <input type="checkbox"/> Scelta personale <input type="checkbox"/> NIPT positivo per <input type="checkbox"/> NIPT fallito <input type="checkbox"/> Test di screening positivo <input type="checkbox"/> PGTA (specificare.....) <input type="checkbox"/> Prec. anomalia genomica (specificare.....)	<input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> Preconcezionale <input type="checkbox"/> Infertilità <input type="checkbox"/> Sterilità <input type="checkbox"/> Poliabortività <input type="checkbox"/> Ritardo mentale <input type="checkbox"/> Ritardo psicomotorio <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> Dismorfismi <input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Disturbi dello spettro autistico <input type="checkbox"/> Anomalie congenite (specificare) <input type="checkbox"/> Altro.....
--------------------------------	---	--	---

 È già stato eseguito il cariotipo? ☐Sì ☐NO Se Sì, allegare referto o riportare esito cariotipo:

Anamnesi ostetrica (solo per le diagnosi prenatali)	Settimana di gestazione:	Data ultima mestruazione:
	La paziente desidera conoscere il sesso? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Data ultima ecografia:
	BFC: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> assente, indicare l'epoca gestazionale della perdita del battito cardiaco:	
	<input type="checkbox"/> Gravidanza singola <input type="checkbox"/> Gravidanza gemellare, indicare numero di feti:	<input type="checkbox"/> Gravidanza da PMA <input type="checkbox"/> FIVET <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Donazione eterologa (Età della donatrice:...)

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: _____