Toma
Il tuo futuro, oggi

Istituto di Genetica Umana dal 1979

harmony™
PRENATAL TEST
performed in Italy

IMPACTLAB

Applicare qui l'etichetta con il codice a barre fornito

Modulo di anamnesi Harmony (MAH)

Informazioni sulla gestante

Gestante (cognome e nome)

Data di nascita

Indirizzo residenza/domicilio

Indirizzo email

Telefono

Peso (kg) Altezza (cm)

Firma della gestante

Informazioni dell'ente ordinante e dello specialista

Ente ordinante

Telefono

Specialista

Data

Tipo di test richiesto e informazioni cliniche

Trasfusioni durante gravidanza o trapianti materni

Trasfusioni ☐ No ☐ Sì* Data

Trapianto ☐ No ☐ Sì*

*Se si non è possibile procedere con il test

Condizioni tumorali materne

☐ No ☐ Sì**

**Se si non è possibile procedere con il test

Vanishing twin (documentato o riferito dalla gestante)

☐ No ☐ Sì***

*** Se si vedi limiti del test

Età gestazionale misurata mediante

☐ LMP[1] ☐ US[2] ☐ IVF[3] Data

[1] data dell'ultima mestruazione; [2] data ecografia; [3] data del transfer

Calcolata il (data del prelievo) Settimane Giorni

NT Numero di feti: ☐ 1 ☐ 2

Gravidanza con fecondazione in vitro (IVF)? ☐ No ☐ Sì* →

Ovulo impiegato nella fecondazione in vitro**: ☐ Paziente ☐ Donatrice

Età paziente/donatrice al prelievo dell'ovulo: anni

proseguire nella compilazione di tutti i campi anche se l'ovulo è della paziente stessa

***La compilazione errata dello stato di donazione dell'ovulo comporterà il fallimento dell'analisi*

☑ **Harmony Prenatal Test** (T21, T18, T13)

Contrassegnare le eventuali opzioni di test aggiuntive richieste:

- ☐ **Sesso fetale** - *FS*[1]
- ☐ **Monosomia X** - *MX* (solo gravidanze singole)[2]
- ☐ **Pannello delle aneuploidie dei cromosomi sessuali** - *SCAP* (solo gravidanze singole)[2]
- ☐ **Microdelezioni 22q11.2** (solo gravidanze singole)[2]

1 Se non selezionato, il sesso fetale NON verrà comunicato;
2 Sesso fetale non viene comunicato.

Indicazione all'analisi

- ☐ Età materna avanzata (≥ 35 anni)
- ☐ Scelta personale o ansietà materna (< 35 anni)
- ☐ Precedente screening biochimico ad alto rischio: (indicare risultato) 1/
- ☐ Precedente screening biochimico con risultato sostanzialmente inalterato rispetto al rischio iniziale o a rischio intermedio: (indicare risultato) 1/
- ☐ Anomalie ecografiche:
- ☐ Translucenza nucale aumentata:
- ☐ Altro:

NOTE

Informazioni importanti sul prelievo di sangue

Data del prelievo:

Scrivere il nome completo e la data di nascita della paziente sul codice a barre che si attacca sulle provette e sul MAH. Il nome, il codice a barre a la data di nascita devono corrispondere a quelle riportate sul MAH. Applicare longitudinalmente le etichette sulle provette nel modo illustrato nell'esempio. →

Sistema Sanitario Regione Lombardia