

MODULO ANAMNESI PER TEST MOLECOLARE PER LA FIBROSI CISTICA

DATI DEL PAZIENTE:

COGNOME:..... **NOME:**.....

DATA DI NASCITA:.....

VIA:..... **CITTA':**.....

TELEFONO:..... **C.F.:**.....

DATA PRELIEVO:.....

RICHIEDENTE:..... **TEL:**.....

ANAMNESI:

GRAVIDANZA (SETT. GESTAZIONE)..... ALTRI FIGLI.....

FAMILIARITA' PER FIBROSI CISTICA.....

ALTRI PARENTI HANNO ESEGUITO IL TEST.....

CONSANGUINEITA'.....

REGIONE D'ORIGINE NONNI PATERNI.....

REGIONE D'ORIGINE NONNI MATERNI.....

INDICAZIONE ALL'ANALISI.....

N.B: SEGNALARE SEMPRE EVENTUALI TRASFUSIONI O TRAPIANTI DI MIDOLLO