



Istituto certificato:

UNI EN ISO 9001:2008 (n° cert. Bureau Veritas 194315)

Qualità in Medicina di Laboratorio rev.2013, Standard Bureau Veritas comprendente i requisiti delle norme ISO 15189:2007, ISO 9001:2008 (n° cert. Bureau Veritas 194315)

SIGUCERT 2009 certificato dei laboratori di citogenetica e genetica molecolare (n° cert. di accreditamento 004)

Inserito nell'Albo del MIUR dei laboratori di ricerca altamente qualificati (art. 14 D.M. 593/2000)

Modulo MSQ 5.3

Rv. 8

MODULO ANAMNESI PER ANALISI DI FRAXA

NOME E COGNOME:..... SESSO: F M

DATA DI NASCITA:..... LUOGO DI NASCITA:.....

Residente in: prov:.....

Via:.....

Cod. fiscale:.....

MEDICO INVIANTE (*):.....

Istituto/Ospedale(**):.....

Via:..... Città:.....

CARIOTIPO ESEGUITO: NO SI RISULTATO: (^).....
(^) indicare eventuali aneuploidie coinvolgenti cromosoma X (XXX, XO, XXY).....

GRAVIDANZA in corso: NO SI SETTIMANA DI GESTAZIONE.....

INDICAZIONI ALL'ANALISI (barrare l'indicazione per cui viene richiesto il test)

RITARDO MENTALE LIEVE MEDIO GRAVE

TRATTI AUTISTICI

P.O.F.

FXTAS

FAMILIARITÀ per Ritardo Mentale
(indicare il grado di parentela con il soggetto affetto).....

FAMILIARITÀ per Sindrome X Fragile (accertata)
(indicare il grado di parentela con il soggetto affetto).....

ALTRO.....

(*) indicare il medico che ha posto il sospetto diagnostico e che eseguirà la consulenza genetica / follow up

(**) indicare l'indirizzo al quale si vuole venga inviato il referto.

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

.....