TOMALAB
Advanced Biomedical Assays

MODULO DI ANAMNESI PER ESAME GENETICO GERMINALE - ONCOLOGICO

COMPILAZIONE IN STAMPATELLO A CURA DEL MEDICO R850-GM-OG-13 Rev.1 del 29/10/2021

Dati paziente

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Codice fiscale		Sesso	☐ M ☐ F

Dati medico

Medico Richiedente			
E-mail		telefono	
Indirizzo medico Richiedente/Struttura richiedente			

Campione inviato

□ **Sangue periferico** □ **Tampone buccale**

Anamnesi oncologica familiare[1]: **1 Specificare grado di parentela, tipo di tumore ed età di insorgenza**	
Anamnesi personale[2]: **2 In caso di tumore, specificare diagnosi istologica ed età di insorgenza**	

ANALISI RICHIESTA (segnare con una x)

Analisi richiesta	☐ **BRCA 1&2** ☐ **PANNELLO MAMMELLA (BRCA 1&2, ATM, PALB2)** ☐ **POLIPOSI ADENOMATOSA FAMILIARE (APC+MUTYH)** ☐ **SINDROME DI LYNCH (MSH2, MSH6, MLH1, PMS2, EPCAM 3'UTR)** ☐ **PANNELLO MULTIGENI HCS (tutti i geni sotto indicati)** ATM; APC; BARD1; BRCA1; BRCA2; BRIP1; CDH1; CHEK2; EPCAM; FAM175A; MLH1; MRE11A; MSH2; MSH6; MUTYH; NBN; PALB2; PIK3CA; PMS2; PMS2CL(1); PTEN; RAD50; RAD51C; RAD51D; STK11;TP53; XRCC2 ☐ **SOLO I SEGUENTI GENI:** (indicare)_____ ☐ **ESOMA CLINICO** ☐ **RICERCA MUTAZIONI FAMILIARI:** (indicare il gene e la variante genetica. Allegare referto del soggetto mutato)_____

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:_____

Via F. Ferrer 25/27
21052 Busto Arsizio (VA)
Tel +39 0331 652911
Fax 0331 652919
toma@tomalab.com
www.tomalab.it