

Modulo di anamnesi Harmony (MAH)

Informazioni sulla gestante	Informazioni dell'ente ordinante e dello specialista
Gestante (cognome e nome)	Ente ordinante
Data di nascita	
Indirizzo residenza/domicilio	
Indirizzo email	Telefono
Telefono	Specialista
Peso (kg)	
Altezza (cm)	
Firma della gestante	Data
Tipo di test richiesto e informazioni cliniche	Indicazione all'analisi
Trasfusioni durante gravidanza o trapianti materni Trasfusioni <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì* Data _____ Trapianto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì* *Se si non è possibile procedere con il test Condizioni tumorali materne <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì** **Se si non è possibile procedere con il test Vanishing twin (documentato o riferito dalla gestante) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì*** ***Se si vedi limiti del test	<input type="checkbox"/> Età materna avanzata (≥ 35 anni) <input type="checkbox"/> Scelta personale o ansietà materna (< 35 anni) <input type="checkbox"/> Precedente screening biochimico ad alto rischio: (indicare risultato) 1/ _____ <input type="checkbox"/> Precedente screening biochimico con risultato sostanzialmente inalterato rispetto al rischio iniziale o a rischio intermedio: (indicare risultato) 1/ _____ <input type="checkbox"/> Anomalie ecografiche: _____ <input type="checkbox"/> Translucenza nucale aumentata: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____
Età gestazionale misurata mediante <input type="checkbox"/> LMP ¹ <input type="checkbox"/> US ² <input type="checkbox"/> IVF ³ Data _____ <small>¹data dell'ultima mestruazione; ²data ecografia; ³data del transfer</small> Calcolata il (data del prelievo) _____ Settimane _____ Giorni _____ NT _____ Numero di feti: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Gravidanza con fecondazione in vitro (IVF)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì* <div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 5px; margin-left: 10px;"> Ovulo impiegato nella fecondazione in vitro**: <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Donatrice Età paziente/donatrice _____ al prelievo dell'ovulo: _____ anni </div>	
<input checked="" type="checkbox"/> Harmony Prenatal Test (T21, T18, T13) Contrassegnare le eventuali opzioni di test aggiuntive richieste: <input type="checkbox"/> Sesso fetale - FS¹ <input type="checkbox"/> Monosomia X - MX (solo gravidanze singole)² <input type="checkbox"/> Pannello delle aneuploidie dei cromosomi sessuali - SCAP (solo gravidanze singole) ² <small>1 Se non selezionato, il sesso fetale NON verrà comunicato; 2 Sesso fetale non viene comunicato.</small>	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 e la data di nascita devono corrispondere a quelle riportate sul MAH. Applicare longitudinalmente le etichette sulle provette nel modo illustrato nell'esempio.

