

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	<input type="checkbox"/> Età materna avanzata (≥ 35 anni)
Trasfusioni <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* Data	<input type="checkbox"/> Scelta personale o ansietà materna (< 35 anni)
Trapianto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* *Se si non è possibile procedere con il test	<input type="checkbox"/> Precedente screening biochimico ad alto rischio: (indicare risultato) 1/
Condizioni tumorali materne	<input type="checkbox"/> Precedente screening biochimico con risultato sostanzialmente inalterato rispetto al rischio iniziale o a rischio intermedio: (indicare risultato) 1/
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si** **Se si non è possibile procedere con il test	<input type="checkbox"/> Anomalie ecografiche:
Vanishing twin (documentato o riferito dalla gestante)	<input type="checkbox"/> Translucenza nucale aumentata:
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si*** ***Se si vedi limiti del test	<input type="checkbox"/> Altro:
Età gestazionale misurata mediante	
<input type="checkbox"/> LMP ¹ <input type="checkbox"/> US ² <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Gravidanza con fecondazione in vitro (IVF)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* <div> <div>Ovulo impiegato nella fecondazione in vitro**:</div> <div><input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Donatrice</div> <div>Età paziente/donatrice al prelievo dell'ovulo: anni</div> </div>	
<small>*proseguire nella compilazione di tutti i campi anche se l'ovulo è della paziente stessa</small>	
<small>**La compilazione errata dello stato di donazione dell'ovulo comporterà il fallimento dell'analisi</small>	
<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	
<input type="checkbox"/> Microdelezioni 22q11.2 (solo gravidanze singole) ²	
<small>1 Se non selezionato, il sesso fetale NON verrà comunicato;</small>	
<small>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.

