


**MODULO DI ANAMNESI PER ANALISI CITOGENETICHE**

COMPILAZIONE IN STAMPATELLO A CURA DEL MEDICO R850-CG-OG-11Rev.0 del 19/05/2021

**Dati paziente**

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Codice fiscale		Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
I dati seguenti sono <b>obbligatori</b> se la fatturazione è al paziente:			
Indirizzo di Residenza			
Telefono		e-mail	

**Dati del/della (Nome, cognome, data di nascita)**

Partner	
Madre (solo per minorenni)	
Padre (solo per minorenni)	

**Dati medico**

Medico Prelevatore/Richiedente	
Telefono	e-mail

**Fatturazione della prestazione:**

- ENTE** (specificare ragione sociale /reparto e se in libera professione): .....
- PAZIENTE**

**Materiale Biologico**
**Analisi richiesta/e**

<input type="checkbox"/> Villi Coriali <input type="checkbox"/> Liquido Amniotico <input type="checkbox"/> Sangue Periferico in eparina: <input type="checkbox"/> Probando <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Sangue Periferico in EDTA: <input type="checkbox"/> Probando <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Sangue Midollare <input type="checkbox"/> Sangue Fetale <input type="checkbox"/> Materiale Abortivo (Villi coriali) <input type="checkbox"/> Materiale Abortivo (Cute) <input type="checkbox"/> DNA da (specificare):.....	<input type="checkbox"/> Cariotipo standard <input type="checkbox"/> Cariotipo ad alta risoluzione <input type="checkbox"/> QF-PCR per ricerca di aneuploidie (Cr. 13, 18, 21, X, Y) <input type="checkbox"/> FISH con sonda..... <input type="checkbox"/> Esclusione di contaminazione materna <input type="checkbox"/> Array prenatale a basso rischio <input type="checkbox"/> Array prenatale ad alto rischio <input type="checkbox"/> Array postnatale - CGH + SNP GenetiSure Dx, CE-IVD <input type="checkbox"/> Array postnatale - CGH + SNP GenetiSureCyto Kit 4x180K <input type="checkbox"/> Altro: .....
--	--

**Informazioni relative al materiale biologico**

Data del prelievo:	Quantità (mg/ml):	Caratteristiche:
--------------------	-------------------	------------------

<b>Indicazione all'analisi</b>	<input type="checkbox"/> Età materna avanzata <input type="checkbox"/> Scelta personale <input type="checkbox"/> NIPT positivo per ..... <input type="checkbox"/> NIPT fallito <input type="checkbox"/> Test di screening positivo <input type="checkbox"/> PGTA (specificare.....) <input type="checkbox"/> Prec. anomalia genomica (specificare.....)	<input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> Preconcezionale <input type="checkbox"/> Infertilità <input type="checkbox"/> Sterilità <input type="checkbox"/> Poliabortività <input type="checkbox"/> Ritardo mentale <input type="checkbox"/> Ritardo psicomotorio <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> Dismorfismi <input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Disturbi dello spettro autistico <input type="checkbox"/> Anomalie congenite (specificare .....) <input type="checkbox"/> Altro..... ..... ..... ..... .....
--------------------------------	---	--	---

 È già stato eseguito il cariotipo? Sì NO Se SI, allegare referto o riportare esito cariotipo:

<b>Anamnesi ostetrica (solo per le diagnosi prenatali)</b>	Settimana di gestazione: _____	Data ultima mestruazione: _____
	La paziente desidera conoscere il sesso? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Data ultima ecografia: _____
	BFC: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> assente, indicare l'epoca gestazionale della perdita del battito cardiaco:	
	<input type="checkbox"/> Gravidanza singola <input type="checkbox"/> Gravidanza gemellare, indicare numero di feti: _____	<input type="checkbox"/> Gravidanza da PMA <input type="checkbox"/> FIVET <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Donazione eterologa (Età della donatrice:...)

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: \_\_\_\_\_