

 PO OIRM-S.Anna	MODULO DI ACCOMPAGNAMENTO all'impegnativa / richiesta per ESAME CROMOSOMICO post-natale	MODU_DP03.0233	Rev. 2
	Modulo	Data emissione 30.03.2017	Pagina 1 di 1

S.C. Genetica Medica U - Laboratorio di Citogenetica presidio OIRM-Sant'Anna
 Tel: 011.313 4532 – Fax: 011.313 5582

Il prelievo per esame del cariotipo costituzionale può essere eseguito solo di lunedì, martedì (mercoledì solo neonati) previa prenotazione.

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE	IDENTIFICAZIONE DEL MEDICO RICHIEDENTE
COGNOME _____	COGNOME _____
NOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	OSPEDALE _____
LUOGO DI NASCITA _____	SC/SS/Ambulatorio _____
Sesso: Femmina Maschio	Qualifica: Genetista Altro specialista
TEL _____	TEL _____ FAX _____
E-mail _____	E-mail _____

si richiede ESAME DEL CARIOTIPO

Sangue (0531) Biopsia cutanea (fibroblasti) (0543)
 Biopsia altro tessuto (0551) (tessuto:.....)

INDICAZIONE ALL'ESAME (obbligatorio):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SOSPETTA SINDROME DI (specificare se si sospetta mosaicismo):
.....

<input type="checkbox"/> SOSPETTA ANEUPLOIDIA DEI CROMOSOMI SESSUALI
(amenorrea primaria o secondaria, menopausa precoce, genitali
ambigui, disgenesia gonadica, femmine con malattia recessiva X-
linked)

<input type="checkbox"/> PRESENZA DI ANOMALIA CROMOSOMICA DI STRUTTURA IN
FAMIGLIA (specificare anomalia):
.....

<input type="checkbox"/> CONFERMA DIAGNOSI PRENATALE (specificare quale anomalia):
.....

<input type="checkbox"/> GENITORE CON FETO PORTATORE DI RIARRANGIAMENTO
CROMOSOMICO (specificare quale anomalia)
..... | <input type="checkbox"/> GENITORE DI SOGGETTO MALFORMATO CON
SOSPETTA SINDROME CROMOSOMICA e
DECEDUTO SENZA DIAGNOSI

<input type="checkbox"/> POLI-ABORTIVITA' (2 o più aborti spontanei)

<input type="checkbox"/> MALFORMAZIONI NEONATALI con array-CGH negativo

<input type="checkbox"/> INFERTILITA'/FECONDAZIONE ASSISTITA (solo nei
casi previsti dalla DGR 7/2009 della Regione Piemonte;
è necessaria la consulenza genetica pre-test) |
|---|--|

si richiede DEB TEST per sospetta sindrome da instabilità cromosomica (0541 sangue v.p.)

si richiede FISH per la sindrome da micro-delezione:(cod.)

NOTE CLINICHE AGGIUNTIVE:

Firma e timbro del
 Medico Richiedente: _____

consenso informato allegato
 archiviato dal Medico Richiedente
relazione clinica allegata

Data della richiesta: _____