Regione Veneto - U.L.SS. N. 8 BERICA – Ospedale San Bortolo
**U.O.S.D. Genetica Medica e Genomica**
Direttore: Dott.ssa Daniela Zuccarello

**Modulo di richiesta di analisi genetiche PRENATALI**
*(in caso di gravidanza gemellare utilizzare un modulo per ogni feto)*

## IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

| | | |
|---|---|---|
| **Cognome:** | | **Nome:** |
| **Data di Nascita:** | **Genere:** □ M - □ F | **Cod. Fiscale:** *(allegare copia)* |
| **Tel.** | | **email:** |
| □ **Partner** *(cognome - nome - data nascita)*: | | |

## PROVENIENZA

| | |
|---|---|
| **Regime Paziente:** □ Ambulatorio (impegnativa) - □ Ricoverato - □ Convenzione - □ Pagante in proprio - □ USACH - □ Autorizzazione DMO | |
| **ULSS - Ospedale:** | **U.O. Richiedente:** |
| **Medico Prelevatore:** | **Data Prelievo:** |
| **Tipo di Campione:** □ Villi Coriali - □ Liquido Amniotico - □ DNA (*origine*): - □ altro (*specificare*): | |
| □ Tessuto abortivo/Materiale autoptico: □ Villi Coriali - □ Tessuto fetale | |

## ANAMNESI OSTETRICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Data UM:** | **EG cronol.:** | **EG ecog.:** | **Placenta:** |
| **Sesso fetale** *(>20°w)*: □ F - □ M *(campo obligatorio)* | | **Grav. Gemellare:** □ SI - □ NO | **N. feti:** **Identific. feto:** |

## VILLOCENTESI

| | |
|---|---|
| **Quantità:** □ adeguata □ scarsa | **Note:** |

## AMNIOCENTESI

| | | |
|---|---|---|
| **Volume** (ml)**:** | **Aspetto:** □ limpido □ tinto □ ematico | **Prelievo transplacentare:** □ SI □ NO |

## NOTIZIE CLINICHE

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| □ **PMA Omologa** | □ **PMA Eterologa** | **Genitori Consanguinei:** □ SI - □ NO |

| **INDAGINE RICHIESTA** | **INDICAZIONE ALL'ANALISI** *(* per questi test allegare referti)* |
|---|---|
| □ Cariotipo fetale | □ Età materna |
| □ Array-CGH | □ NT aumentata* |
| □ QF-PCR | □ Malformazioni - Marker ecografici* |
| □ UPD | □ IUGR* |
| □ Test Molecolare (*specificare*): | □ NIPT a rischio* |
| | □ Test combinato |
| *SPAZIO PER IL LABORATORIO* | □ Genitore con anomalia cromosomica* |
| CQI OK: □ SI - □ NO | □ Precedente figlio/feto con: □ anom. cromosomica* □ anom. genetica* |
| | □ Mosaicismo in CVS* |
| | □ Poliabortività |
| | □ Motivi personali |
| | □ Altro: |
| | **Data compilazione:** |
| | **Firma medico prelevatore:** |
| | **Cognome Nome in stampatello:** |