REGIONE DEL VENETO ULSS8 BERICA	Regione Veneto - U.L.SS. N. 8 BERICA – Ospedale San Bortolo **U.O.S.D. Diagnostica Genetica e Genomica** Responsabile: Dott. Omar Perbellini	

Modulo di richiesta di analisi genetiche postnatali

etichetta prestampata

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

COGNOME.....

NOME.....

SESSO .....DATA DI NASCITA .....

CODICE FISCALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

INDIRIZZO: VIA.....CAP..... COMUNE .....

ASSOCIATO A: COGNOME .....NOME.....DATA DI NASCITA .....

ULSS RICHIEDENTE ..... P.O. ..... U.O.....

MEDICO RICHIEDENTE ..... RECAPITO TELEFONICO.....

INDICAZIONE ALL'ANALISI (segnare nell'elenco sottostante)

□ Procreazione Medicalmente Assistita	□ Controllo diagnosi prenatale	□ Sospetta sindrome cromosomica	□ Ritardo di crescita
□ Poliabortività	□ Controllo del cariotipo costitutivo	□ Sospetta sindrome da microdel/dup	□ Dismorfismi
□ Infertilità/sterilità	□ Array-CGH di controllo	□ Disturbo pervasivo dello sviluppo	□ Anomalie malformative
□ Screening preconcezionale	□ Sospetta S. di Down	□ Ritardo psicomotorio	□ Epilessia
□ Screening CFTR in gravidanza	□ Sospetta S. di Turner	□ Disabilità intellettiva	□ Caratterizzazione riarr./marcatore cromosomico
□ Familiarità per FC	□ Sospetta S. di Klinefelter	□ Difficoltà di apprendimento	□ Sospetta HNPP (del PMP22)
□ Sospetta emocromatosi	□ Sospetta S. di Prader-Willi	□ Ritardo del linguaggio	□ Sospetta CMT1A (dup PMP22)
□ Sospetto Rene policistico AD	□ Sospetta S. di Angelman	□ Analisi molecolare DPYD pre-trattamento	□ Sospetto ADEOAD (dup APP)
□ Sospetto Rene policistico AR	□ Sospetta S. di Beckwith-Wiedemann	□ Genitori consanguinei	□
□ Familiarità per CNV	□ Sospetta S. di Silver-Russel	□	□

ANALISI RICHIESTA

- ☐ CARIOTIPO COSTITUTIVO
- ☐ MICRODELEZIONI CROMOSOMA Y
- ☐ RICERCA CROMOSOMA X FRAGILE
- ☐ ANALISI MOLECOLARE NGS RENE POLICISTICO (allegare albero genealogico)
- ☐ ANALISI MOLECOLARE DPYD
- ☐ altro_____
- ☐ ANALISI DEI TELOMERI
- ☐ EMOCROMATOSI
- ☐ ARRAY-CGH
- ☐ SCREENING FC
  - → Origine famiglia paterna (nonni) _____
  - → Origine famiglia materna (nonni)

*PER PAZIENTI IN ETA' PEDIATRICA:

sono state eseguite indagini genetiche prenatali? ☐ NO ☐ SI, indicare risultato (allegare copia) .....

MEDICO INVIANTE
(timbro e firma leggibile)

DATA PRELIEVO_____ _____

SPAZIO RISERVATO AL LABORATORIO CQI OK ☐ SI ☐ NO

_____

_____

_____

_____

_____