

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 POSTNATALI

IDENTIFICAZIONE PAZI	IENTE			
COGNOME				
NOME		SESSO \square M \square F		
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	CODICE FISCALE _ _ _ _ _ _ _		
INDIRIZZO: VIA	CAF	CAPCOMUNE		
☐ Probando ☐ Parente di	i	(rapporto di parentela)		
☐ Partner di		DATA DI NASCITA		
GRAVIDANZA □ SI □ NO	GENITORI CONS	GENITORI CONSANGUINEI □ SI □ NO		
ULSS RICHIEDENTE		OSPEDALE DI		
UNITA' OPERATIVA		TEL		
[SOLO PER AULSS8 ☐ PAZIENTE ESTERNO ☐ PAZIENTE RICOVERATO]				
TIPO DI CAMPIONE				
☐ Sangue periferico	☐ Saliva	☐ Brush buccale		
☐ DNA da (origine tessuto))	☐ Altro (specificare)		
INDAGINE RICHIESTA				
☐ CARIOTIPO COSTITUTIVO	○ FISH specification	☐ FISH specificare		
☐ MICRODELEZIONI CR. Y	\square X FRAGILE	□ SHOX		
☐ Array-CGH	\square SNP array			
☐ EMOCROMATOSI	☐ METILAZION	☐ METILAZIONE/UPD cromosoma		
☐ MALATTIE RENALI	☐ Fibrosi cistica	Origine famiglia paterna (nonni) Origine famiglia materna (nonni)		
□ DPYD/UGT1A1	□ altro (specific	□ altro (specificare		
		MEDICO INVIANTE		
DATA PRELIEVO		Cognome e Nome Firma		
SPAZIO RISERVATO AL LABORATORIO				
CQI OK				



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 POSTNATALI

INDICAZIONE ALL'ANALISI (OBBLIGATORIA)					
□ PMA	□ Poliabortività	□ Infertilità /sterilità			
☐ Screening preconcezionale	☐ Controllo del cariotipo costitutivo*	☐ Controllo diagnosi prenatale*			
☐ Caratterizzazione riarrangiamento/marcatore cromosomico*					
☐ Array-CGH per segregazione familiare*					
☐ Sospetto sindromico (vedi note cliniche)					
☐ Anomalie malformative (vedi note cliniche)					
☐ Ritardo di crescita	☐ Autismo	☐ Epilessia			
☐ Ritardo psicomotorio/ disabilità intellettiva/ ritardo del linguaggio					
	☐ Sospetta S. di Angelman	☐ Sospetta S. di Silver-Russel			
□ Sospetta S. di Beckwith-Wiedemann					
☐ Screening CFTR	□ Familiarità per FC*				
□ ricerca mutazione familiare*					
□ chemioterapia					
Sospetta □ HNPP □ CMT1A □ ADEOAD					
□ Sospetta emocromatosi					
□ Sospetta malattia renale □ AD □ AR (allegare albero genealogico)					
* OBBLIGATORIO allegare copia referti					
NOTE cliniche					
PER PAZIENTI IN ETA' PEDIATRICA:					
sono state eseguite indagini genetiche prenatali? NO SI (allegare copia referto)					