



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 Prader-Willi | ☐ 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)