

Cliente

Apporre timbro

Scheda di Accettazione (Area Ginecologica)

Data: _____

INFORMAZIONI SUL CAMPIONE

Nome Campione: _____ Data di nascita: _____

Codice Campione (cliente): _____ Data del prelievo: _____ Ultime Mestruazioni: _____

Indicazioni all'Esame: _____

(Campi riservati solo a chi richiede l'esame Bitest / Tritest)

GRUPPO ETNICO: _____ PESO: _____ FUMO: _____ DATA ECOGRAFIA: _____

CRL: _____ N.T.: _____ Data U.M.: _____ DBP: _____ Osso Nasale: Si; No;Femore Corto: Si; No;Pielectasia: Si; No; Foci ecogenici Cardiaci: Si; No; Intestino iperecogeno: Si; No;Omero Corto: Si; No;Cisti Plessi Corioidei: Si; No; Arteria Ombelicale: Si; No; Altro: _____**(Campi riservati solo a chi richiede l'esame Bitest / Tritest)**

DATA ECOGRAFIA: _____ EG: _____

TIPO CAMPIONE BIOLOGICO: (selezionare la/e casella/e corrispondente/i)
 Sangue periferico (EDTA) Sangue periferico (EPARINA) Liquido amniotico Villi coriali
 Siero DNA

 Liquido seminale Tampone buccale Plasma Altro:.....
MODALITÀ DI REFERTAZIONE (selezionare la/e casella/e corrispondente/i)
 DOTTORE/STUDIO/LABORATORIO PAZIENTE

 Fax E-mail Online Posta Prioritaria Ns corriere FP Via Po
 FP Castel Giubileo

Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003 all'invio del referto nelle modalità sopra indicate. Indirizzo E-mail _____

Per attivare la refertazione al paziente online è obbligatorio fornire una username e password da indicare di seguito:

Username: _____ Password: _____ FIRMA _____

MODALITÀ DI FATTURAZIONE (selezionare la/e casella/e corrispondente/i)
 DOTTORE/STUDIO/LABORATORIO (secondo scheda conoscitiva in nostro possesso)

 PAZIENTE (compilare i campi sottostanti)

Nome Cognome: _____ Codice fiscale: _____

Città di nascita: _____ Provincia di nascita: _____

Indirizzo residenza: _____ n. _____ CAP: _____

Città di residenza: _____ Provincia _____

Privacy

Questo documento è stato generato da Genoma Group ed è impiegato ad uso esclusivo di Laboratori esterni che ne facciano richiesta. Tale documento può contenere informazioni di carattere estremamente riservato e confidenziale. Qualora venga smarrito e sia in Suo possesso, La preghiamo gentilmente di informarci immediatamente al numero di telefono + (39) 06.8811270 oppure di inviarlo tempestivamente al seguente indirizzo: Genoma Group - Laboratori e Studi Medici c/o Via Castel Giubileo, 11 - 00138 Roma. Qualsiasi utilizzo non autorizzato del contenuto di questo documento costituisce violazione dell'obbligo di non prendere visione della corrispondenza tra altri soggetti, salvo più grave illecito, ed espone il responsabile alle relative conseguenze civili e penali.

ANALISI RICHIESTE (barrare la/e casella/e corrispondente/i)

Diagnosi prenatale invasiva (Villocentesi – Amniocentesi)

Tradizionale

- Cariotipo Classico
 Alfa Feto Proteina (AFP)
 Aneuploidie Molecolari (QF-PCR) Cromosomi 21, XY
 Aneuploidie Molecolari (QF-PCR) 21, 18, 13, XY SMA
 Fibrosi Cistica: 34 139 152
 X-Fragile-Fraxa
 Sordità Ereditaria
 Distrofia Muscolare (DMD/DMB) Altro: _____

Molecolare + genetica

- Cariotipo Molecolare (array-CGH)
 Alfa Feto Proteina (AFP)
 Cariotipo Classico
 Atrofia Muscolare Spinale (SMA)
 Fibrosi Cistica 34 mutazioni X-Fragile-Fraxa
 Sordità Ereditaria
 Distrofia Muscolare (DMD/DMB)
 PrenatalScreen® Malattie Genetiche Fetali Altro ____

Diagnosi prenatale non invasiva

Biochimica

- Bi-Test Tri-Test Pre-eclampsia
 Altro: _____

Genetica

- PrenatalSafe® RhSafe®
 Altro: _____

Citogenetica post-natale

- Cariotipo Classico Cariotipo Molecolare (array-CGH)
 FISH Altro: _____

Infertilità maschile

- Microdelezioni crom. Y FISH su liquido seminale
 TUNEL Test Altro: _____

Oncologia molecolare

- BRCA1 BRCA2 BreastScreen® Tumore Seno
 Altro: _____

Infettivologia molecolare

Analisi qualitative

- B19 HCV HSV-1 Myc. Tuberc
 Chlamidya T Helicobacter HSV-2 Rosolia
 CMV HIV-1 DNA Myco. Genit Trich. Vag.
 EBV HIV-1 RNA Mycopl.Hom Ureapl.ureal.
 HBV HPV Neisseria G Altro: ____

Analisi quantitative

- HBV Quantitativa
 HCV Quantitativa
 HIV-1 DNA Quantitativa
 HIV-1 RNA Quantitativa
 Altro: _____

Genotipizzazioni

- HCV Genotipizzazione
 HPV Genotipizzazione
 HIV Mycobact Tub.
 Altro: _____

Farmacoresistenza