

**MODELLO DI SCHEDA DI ACCETTAZIONE CAMPIONI**

Data .....

**INFORMAZIONI SUL CAMPIONE**

Nome Campione ..... Data di nascita .....

Codice Campione ..... Data Prelievo .....

Indicazioni all'esame ..... U.M. ....

**MODALITA' DI FATTURAZIONE:**

DOTTORE/STUDIO/LABORATORIO

CLIENTE PRIVATO

**DATI ANAGRAFICI CLIENTE PRIVATO:**

Nome Cognome .....

Indirizzo ..... Cap. .... Città .....

Codice Fiscale .....

**RICEZIONE REFERTI:**

CONSEGNA: DOTTORE/STUDIO/LABORATORIO

CLIENTE PRIVATO

Via Mail .....

Posta Prioritaria a indirizzo sopra menzionato

Ritiro in Sede (Castel Giubileo)

FIRMA .....  
(Autorizzazione a invio referti ex art.13 D.lgs196/2003)

NOTE: .....

**TIPO CAMPIONE BIOLOGICO (barrare la/e casella/e corrispondente/i)**

Liquido amniotico

Liquido seminale

Villi coriali

Siero

DNA

Sangue periferico (EPARINA)

Sangue periferico (EDTA)

Altro .....

**INFORMAZIONI RELATIVE AL BI-TEST/TRI-TEST**

GRUPPO ETNICO ..... PESO ..... FUMO .....

DATA ECOGRAFIA ..... CRL ..... N. T. .... U.M. .... DBP.....

FETI PRECEDENTI AFFETTI DA CROMOSOPATIE .....

**Privacy**

Questo documento e' stato generato da Genoma Group ed è impiegato ad uso esclusivo di Laboratori esterni che ne facciano richiesta. Tale documento puo' contenere informazioni di carattere estremamente riservato e confidenziale. Qualora venga smarrito e sia in Suo possesso, La preghiamo gentilmente di informarci immediatamente ai numeri 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 piu' grave illecito, ed espone il responsabile alle relative conseguenze civili e penali.

**Diagnosi prenatale (Villocentesi – Amniocentesi)**

<input type="checkbox"/> Tradizionale	<input type="checkbox"/> Tradizionale Completa	<input type="checkbox"/> Molecolare	<input type="checkbox"/> Genetica
<input type="checkbox"/> Cariotipo Classico <input type="checkbox"/> Alfa Feto Proteina (AFP) <input type="checkbox"/> Aneuploidie Molecolari (QF-PCR) 21, XY <input type="checkbox"/> Aneuploidie Molecolari (QF-PCR) 21, 18, 13, XY <input type="checkbox"/> Altro _____  <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Cariotipo Classico <input type="checkbox"/> Alfa Feto Proteina (AFP) <input type="checkbox"/> Aneuploidie Molecolari (QF-PCR) 21, XY <input type="checkbox"/> Aneuploidie Molecolari (QF-PCR) 21, 18, 13, XY <input type="checkbox"/> Fibrosi Cistica 34 mutazioni <input type="checkbox"/> X-Fragile-Fraxa <input type="checkbox"/> Sordità Ereditaria <input type="checkbox"/> Distrofia Muscolare (DMD/DMB) <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare (array-CGH) <input type="checkbox"/> Alfa Feto Proteina (AFP) <input type="checkbox"/> Altro: _____  <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare (array-CGH) <input type="checkbox"/> Alfa Feto Proteina (AFP) <input type="checkbox"/> Fibrosi Cistica 34 mutazioni <input type="checkbox"/> X-Fragile-Fraxa <input type="checkbox"/> Sordità Ereditaria <input type="checkbox"/> Distrofia Muscolare (DMD/DMB) <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____

**Diagnosi prenatale non invasiva (Genetica Biochimica)**

<input type="checkbox"/> Bi-Test	<input type="checkbox"/> Tri-Test	<input type="checkbox"/> Alfa Feto Prot. (AFP)	<input type="checkbox"/> Altro: _____
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------------------	---------------------------------------

**Citogenetica Post-natale**

<input type="checkbox"/> Cariotipo Classico	<input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare (Array-CGH)	<input type="checkbox"/> FISH _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____
---------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**Genetica molecolare**

<input type="checkbox"/> Acondroplasia	<input type="checkbox"/> Distrofia Muscolare (DMD/DMB)	<input type="checkbox"/> Disomia Unipar. - UPD	<input type="checkbox"/> Distrofia Miotonica
<input type="checkbox"/> Emocromatosi <input type="checkbox"/> 3 mutazioni <input type="checkbox"/> 12 mutazioni <input type="checkbox"/> 18 mutazioni	<input type="checkbox"/> Fibrosi Cistica <input type="checkbox"/> 34 mutazioni <input type="checkbox"/> 70 mutazioni <input type="checkbox"/> 300 mutazioni <input type="checkbox"/> Intero Gene	<input type="checkbox"/> Sordità Ereditaria <input type="checkbox"/> Princip. mut <input type="checkbox"/> Intero Gene	<input type="checkbox"/> SMA – Atrofia Muscolare Spinale
<input type="checkbox"/> Talassemia Beta <input type="checkbox"/> Principali mut <input type="checkbox"/> Intero Gene	<input type="checkbox"/> X-Fragile-Fraxa <input type="checkbox"/> X-Fragile-Fraxa	<input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____

**Infertilità Maschile**

<input type="checkbox"/> Microdelezioni crom. Y	<input type="checkbox"/> FISH su liquido seminale	<input type="checkbox"/> TUNEL Test	<input type="checkbox"/> Altro: _____
-------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**Patologie Cardiovascolari**

<input type="checkbox"/> Fattore V di Leiden	<input type="checkbox"/> Fattore II - Protromb	<input type="checkbox"/> MTHFR C677T	<input type="checkbox"/> MTHFR A1298C
<input type="checkbox"/> Fattore XIII	<input type="checkbox"/> HPA	<input type="checkbox"/> PAI-1	<input type="checkbox"/> Beta Fibrinogeno
<input type="checkbox"/> Pannello 4 Mutazioni	<input type="checkbox"/> Pannello 13 Mutazioni	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____

**Oncologia Molecolare**

<input type="checkbox"/> BRCA1	<input type="checkbox"/> BRCA2	<input type="checkbox"/> MSH2	<input type="checkbox"/> MLH1
<input type="checkbox"/> APC	<input type="checkbox"/> RET	<input type="checkbox"/> RB1	<input type="checkbox"/> K-Ras
<input type="checkbox"/> P53	<input type="checkbox"/> B-RAF	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____

**Infettivologia Molecolare**

ANALISI QUALITATIVE				QUANTITATIVE	GENOTIPIZZAZIONI
<input type="checkbox"/> B19	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HSV-1	<input type="checkbox"/> Mycobact Tub.	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HCV
<input type="checkbox"/> Chlamidya	<input type="checkbox"/> Helicobacter	<input type="checkbox"/> HSV-2	<input type="checkbox"/> Rosolia	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HPV
<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> HIV-1 DNA	<input type="checkbox"/> Mycopl Genital	<input type="checkbox"/> Trichomon. vag	<input type="checkbox"/> HIV-1 DNA	<b>FARMACORESISTENZA</b>
<input type="checkbox"/> EBV	<input type="checkbox"/> HIV-2 DNA	<input type="checkbox"/> Mycopl. Hominis	<input type="checkbox"/> Ureapl. ureal.	<input type="checkbox"/> HIV-2 DNA	<input type="checkbox"/> Mycobact Tub.
<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Neisseria Gonor.	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____

**Genetica Forense**

<input type="checkbox"/> Test di paternità	<input type="checkbox"/> Test di consanguineità	<input type="checkbox"/> Test di maternità	<input type="checkbox"/> Aplotipo cromosoma Y
--------------------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------------

**Farmacogenetica**

APPLICAZIONI GENERALI				ONCOLOGIA			
<input type="checkbox"/> CYP1A2	<input type="checkbox"/> CYP2C19	<input type="checkbox"/> CYP3A4	<input type="checkbox"/> VKORC1	<input type="checkbox"/> ABCB1	<input type="checkbox"/> EGFR	<input type="checkbox"/> TSER	<input type="checkbox"/> Altro: ____
<input type="checkbox"/> CYP2C9	<input type="checkbox"/> CYP2D6	<input type="checkbox"/> NAT 2	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> DYPD	<input type="checkbox"/> GSTP1	<input type="checkbox"/> UGT1A1	<input type="checkbox"/> Altro: ____

**Nutrigenetica**

<input type="checkbox"/> Intolleranza al Lattosio	<input type="checkbox"/> Metabolismo osseo e osteoporosi	<input type="checkbox"/> Metabolismo dell'omocisteina	<input type="checkbox"/> Morbo celiaco
<input type="checkbox"/> Intolleranza ai solfiti	<input type="checkbox"/> metabolismo e obesita'	<input type="checkbox"/> Attivita' antiossidante e detossificazione	<input type="checkbox"/> Altro: ____
<input type="checkbox"/> Intolleranza alla caffeina	<input type="checkbox"/> Risposta Infiammatoria	<input type="checkbox"/> metabolismo dei lipidi	<input type="checkbox"/> Altro: ____