

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

 E-mail/PEC Online Posta Prioritaria Ns corriere

Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003 e reg. EU 2016-679 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

Analisi quantitative

- HBV Quantitativa

Genotipizzazioni

- HCV Genotipizzazione

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chlamidya T | <input type="checkbox"/> Helicobacter | <input type="checkbox"/> HSV-2 | <input type="checkbox"/> Rosolia | <input type="checkbox"/> HCV Quantitativa |
| <input type="checkbox"/> CMV | <input type="checkbox"/> HIV-1 DNA | <input type="checkbox"/> Myco. Genit | <input type="checkbox"/> Trich. Vag. | <input type="checkbox"/> HIV-1 DNA Quantitativa |
| <input type="checkbox"/> EBV | <input type="checkbox"/> HIV-1 RNA | <input type="checkbox"/> Mycopl.Hom | <input type="checkbox"/> Ureapl.ureal. | <input type="checkbox"/> HIV-1 RNA Quantitativa |
| <input type="checkbox"/> HBV | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Neisseria G | <input type="checkbox"/> Altro: _____ | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

HPV Genotipizzazione

Farmacoresistenza

HIV Mycobact Tub.

Altro: _____