

Cliente

**Modello Scheda di Accettazione Campioni (Laboratori/Medici)**

Data: \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SUL CAMPIONE**

Nome Campione: \_\_\_\_\_ Luogo e Data di nascita: \_\_\_\_\_

Codice Campione (cliente): \_\_\_\_\_ Data del prelievo: \_\_\_\_\_ Data Ultime Mestruazioni: \_\_\_\_\_

Indicazioni all'Esame: \_\_\_\_\_

**Informazioni specifiche relative al Bitest / Tritest**

GRUPPO ETNICO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ FUMO: \_\_\_\_\_ DATA ECOGRAFIA: \_\_\_\_\_

CRL(compreso tra 45 e 85 mm): \_\_\_\_\_ N.T.: \_\_\_\_\_ Data U.M.: \_\_\_\_\_ DBP: \_\_\_\_\_ Osso Nasale:  Sì;  No.  
Femore Corto:  Sì;  No.

Pielectasia:  Sì;  No. Foci ecogenici Cardiaci:  Sì;  No. Intestino iperecogeno:  Sì;  No. Omero Corto:  Sì;  No.

Cisti Plessi Corioidei:  Sì;  No. Arteria Ombelicale:  Sì;  No. Altro: \_\_\_\_\_

Gravidanza gemellare:  Sì;  No;  Gravidanza monocoriale  Gravidanza bicoriale

Gravidanza da ovodonazione Età donatrice: \_\_\_\_\_

**Informazioni specifiche relative al Test Pre-Eclampsia**

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

Online  Posta Prioritaria  Ns corriere

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo ai sensi del Reg. EU 2016-679

all'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

Se si volesse attivare anche la refertazione online per il paziente è obbligatorio fornire una mail: \_\_\_\_\_

Le indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito <https://www.laboratoriogenoma.eu/>

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: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Città residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**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. Qualsia Si 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)****Citogenetica Classica****Citogenetica Molecolare**

Cariotipo Classico  Alfa Feto Proteina (AFP) QF-PCR Cromosomi:  21,XY;  21,18,13,XY  Cariotipo Molecolare (array-CGH)

**Genetica Molecolare (prenatale)**

Fibrosi Cistica:  34 mut;  139 mut;  152 mut.  Talassemia Beta 23 Principali Mutazioni Italiane  SMA-Atrofia Muscolare Spinale  
 X-Fragile FRAXA;  FRAXE  Distrofia Miotonica  Distrofia Muscolare Duchenne/Becker(DMD/DMB)  Emocromatosi 3 mutazioni  
 Sordità Ereditaria (GJB2) Principali Mutazioni  PrenatalScreen® Focus  PrenatalScreen® Standard (1000 malattie genetiche fetali)  
 GExome™ Prenatal  Altro: \_\_\_\_\_

**Diagnosi prenatale non invasiva****Biochimica****Genetica - NIPT**

Bi-Test  Pre-eclampsia PrenatalSafe®:  5;  Karyo;  Complete;  RhSafe®  GeneSafe® Complete  Altro: \_\_\_\_\_

**Citogenetica Post-natale****Infertilità Maschile**

Cariotipo Classico  Cariotipo Molecolare (array-CGH)  Microdelezioni cromosoma Y  FISH su liquido seminale  
 Oligo-array  FISH  Altro: \_\_\_\_\_  TUNEL Test  Altro: \_\_\_\_\_

**Genetica molecolare**

Fibrosi Cistica:  34 mut;  139 mut;  152 mut;  Intero Gene. Talassemia Beta:  23 Principali Mutazioni Italiane;  Intero Gene.  
 X-Fragile-Fraxa  X-Fragile-Fraxe  Distrofia Miotonica Emocromatosi:  3 mutazioni;  12mutazioni;  18 mutazioni.  
 Distrofia Muscolare Duchenne/Becker (DMD/DMB) Sordità Ereditaria (GJB2):  Principali Mutazioni;  Intero Gene.  
 Distrofia Muscolare DMD/DMB MLPA Carrier test  SMA-Atrofia Muscolare Spinale  SMA-Carrier Test (MLPA)  
 GeneScreen® Easy (330 geni)  GeneScreen® Standard (550 geni)  GeneScreen® Expanded (1000 geni)  AutismScreen®  
 GExome™ Clinical  GExome™ Proband (WES)  GExome™ Trio (WES)  
 FertiScan™ Global Female Infertility Panel  FertiScan™ Global Male Infertility Panel  Altro: \_\_\_\_\_  
 Fattore V:  Leiden,  Y1702C,  H1299R,  Cambridge.  Fattore II Protrombina MTHFR:  C677T,  A1298C.  Fattore XIII  
 HPA  PAI-1  ACE  ApoB  ApoE  AGT  Beta Fibrinogeno Pannello trombofilia:  4 mut.,  5 mut.,  15 mutazioni.  
 CardioNext® 50 mutazioni  CardioScreen® Cardiomiopatie  CardioScreen® Arresto cardiaco Improvviso  Altro: \_\_\_\_\_

**Oncologia Molecolare - OncoNext**

BRCA1  BRCA2  P53  K-Ras  MSH2  MLH1  B-RAF  RB1  
 APC  RET  P16  MEN1  CHEK2  VHL  EGFR  Altro \_\_\_\_\_  
 OncoNext Risk®:  Breast;  Colon;  Oncoscreening Complete. OncoNext Liquid®:  Scan15;  Scan50;  Monitor15;  Monitor50.

**Infettivologia Molecolare**

HCV  HIV-1 DNA  Rosolia  Myco. hominis  HBV Quantitativa  Mycobact Tub.  
 HBV  HIV-1 RNA  Chlamydia t.  Myc. tuberc  HCV Quantitativa  HCV Genotipiz.  
 EBV  HSV1/ HSV2  Helicobacter  Neisseria g.  HIV-1 DNA Quantitativa.  CMV Quantitativa  
 Altro: \_\_\_\_\_  Myco. genit.  Trichomonas vag.  HIV-1 RNA Quantitativa.  CMV Qualitativa

**HPV**

HPV HR Screening alto rischio CE-IVD  HPV HR Genotipiz. alto rischio CE-IVD  HPV Screening tutti i tipi  HPV Genotipizz. tutti i tipi  
 Estensione a tipizzazione HR (CE-IVD) (in caso di screening positivo)  Estensione a tipizzazione di tutti i tipi (in caso di screening positivo)

**Test di Paternità e Genetica Forense**

Test di paternità:  Informativo  Legale  Prenatale non invasivo  Test di maternità  Aplotipo cromosoma Y  Altro: \_\_\_\_\_

**Farmacogenetica**

CYP1A2  CYP2C19  CYP3A4  VKORC1  ABCB1  EGFR  TSER  DPYD  
 CYP2C9  CYP2D6  NAT 2  GSTP1  UGT1A1  TPMT  Altro: \_\_\_\_\_

**Nutrigenetica - NutriNext**

Weight Control  Stress Ossidativo-Antiaging  Intolleranza al Fruttosio  Active Sport Performance  
 Salute cardiovascolare  Health & Wellness Complete  Sensibilità all'alcol  Active Sport Injury  
 Salute delle ossa  Predisposizione alla celiachia  Sensibilità al nichel  Active Sport Complete  
 Metabolismo dell'omocisteina  Sensibilità alla caffeina  Sensibilità ai solfiti  NUTRINEXT COMPLETE  
 Risposta infiammatoria  Intolleranza al lattosio  Intolerance Complete  Altro: \_\_\_\_\_