MODULO DI RICHIESTA ESAME PRENATALSAFE FULL RISK

MEDICO / CENTRO INVIANTE

Nome / Timbro

eurofins | Genoma

PrenatalSafe® FULL RISK

NON COMPILARE

Prot. No.:_____ Cod partner femminile:_____ Cod partner maschile: _____

DATI DELLA GESTANTE

Nome_____ Cognome _____

Data di nascita_____Luogo di nascita_____

Codice Fiscale_____

Indirizzo _____

CAP_____ Città_____

Telefono_____ Data del prelievo_____

Sta ripetendo questo prelievo per la seconda volta? ☐ SI; ☐ NO

DATI DEL PARTNER MASCHILE

Nome_____

Cognome_____

Data di nascita_____ Luogo di nascita_____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP_____ Città_____

Telefono_____ Data del prelievo _____

DATI GRAVIDANZA

Settimana di gravidanza _____ + giorni _____

Età gestazionale determinata mediante:

☐ Ecografia; ☐ Ultime Mestruazioni; ☐ Trattamento PMA

Gravidanza gemellare? ☐ NO ☐ SI; (☐ Monocoriale; ☐ Bicoriale)

Gravidanza da procreazione assistita? ☐ NO; ☐ SI;

Tipo di fecondazione: ☐ Omologa ☐ Eterologa Maschile

☐ Eterologa femminile ☐ Embriodonazione

Ginecologo di fiducia: _____

Indirizzo e Città:_____

Telefono: _____

E-mail: _____

INDICAZIONE ALL'ESAME

☐ Età Materna Avanzata; ☐ Età Paterna Avanzata; ☐ Ansietà

☐ Anomalie fetali o riscontri ecografici patologici/dubbi:

Tipo riscontro ecografico:_____

☐ Precedente gravidanza con aneuploidia;

☐ Screening 1^ trimestre (Bi-Test) positivo;

☐ Partner portatore di malattia genetica: ☐ Femminile; ☐ Maschile

Specificare malattia _____

Specificare mutazione e gene: _____

☐ Altro _____ ☐ Nessuna specifica indicazione

La gestante sta assumendo farmaci? ☐ SI; ☐ NO

☐ Indicare nome farmaco: _____

RICHIESTE AGGIUNTIVE

Si vuole conoscere il sesso del feto? ☐ SI; ☐ NO

☐Test Standard ☐ Protocollo FAST

Integrazione RhSafe®? ☐ SI; ☐ NO (applicabile solo in gravidanze con gestante Rh negativa e partner Rh positivo; è necessario produrre referti attestanti il fattore Rh della coppia).

MODALITA' DI FATTURAZIONE

☐ MEDICO / CENTRO INVIANTE

☐ PAZIENTE (annotare il codice fiscale nell' anagrafica della gestante)

E-mail:

_____

(scrivere l'indirizzo mail paziente se si vuole ricevere la fattura)

MODALITA' DI REFERTAZIONE DATI DELLA GESTANTE

☐ MEDICO / CENTRO INVIANTE ☐ On-Line

☐ GESTANTE: ☐ Posta

Per attivare la refertazione online al paziente è obbligatorio fornire una E-mail:

_____

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

Io sottoscritto_____

autorizzo ai sensi del Reg. EU 679/2016 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

Firma: _____

MODALITA' DI REFERTAZIONE DATI DEL PARTNER MASCHILE

☐ MEDICO / CENTRO INVIANTE ☐ On-Line

☐ PARTNER MASCHILE: ☐ Posta

Per attivare la refertazione online al paziente è obbligatorio fornire una E-mail:

_____

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

Io sottoscritto_____

autorizzo ai sensi del Reg. EU 679/2016 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

Firma: _____