

Timbro Medici/Laboratori

Scheda Accettazione Campioni

da inviare a Eurofins Genoma Group

(*Campo obbligatorio)

Data: _____

DATI ANAGRAFICI (Compilare in stampatello)

Nome*: _____ Cognome*: _____ Data di nascita*: _____

Codice fiscale*: _____ Luogo di nascita*: _____ Prov.: _____

Codice Campione (Riservato al Medico): _____ Data di prelievo*: _____ Sesso*: F M

TIPO CAMPIONE* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e/o compilare)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangue periferico (EDTA) | <input type="checkbox"/> Liquido Amniotico |
| <input type="checkbox"/> Sangue periferico (EPARINA) | <input type="checkbox"/> Villi Coriali |
| <input type="checkbox"/> Tampone (<i>Specificare</i>) _____ | <input type="checkbox"/> Liquido Seminale |
| <input type="checkbox"/> Altro (<i>Specificare</i>) _____ | |

ANALISI RICHIESTA* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Indicazione all'analisi (* in caso di minore necessaria la prescrizione medica): _____

Citogenetica

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cariotipo Classico | <input type="checkbox"/> Alfa-fetoproteina (AFP) | <input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare (Array-CGH) | <input type="checkbox"/> QF-PCR (21,18,13,XY) |
|---|--|---|---|

Genetica Molecolare

- | | |
|---|---|
| Fibrosi Cistica: <input type="checkbox"/> 34 mutazioni <input type="checkbox"/> 139 mutazioni
<input type="checkbox"/> 152 mutazioni <input type="checkbox"/> Intero Gene | Beta Talassemia <input type="checkbox"/> Principali <input type="checkbox"/> Intero Gene mutazioni |
| Sordità Ereditaria (GJB2/Cx26): <input type="checkbox"/> Principali <input type="checkbox"/> Intero Gene mutazioni | <input type="checkbox"/> Sordità Ereditaria (GJB6/Cx30): Intero Gene |
| <input type="checkbox"/> Distrofia Muscolare Duchenne/Becker (DMD/DMB)
<input type="checkbox"/> X-Fragile Fraxa
<input type="checkbox"/> SMA - Atrofia Muscolare Spinale | <input type="checkbox"/> PrenatalScreen® Focus 31 Malattie Genetiche Fetali
<input type="checkbox"/> PrenatalScreen® 1000 Malattie Genetiche Fetali
<input type="checkbox"/> Altro: _____ |

DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA

Citogenetica

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Cariotipo Classico |
| <input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare <i>Alta risoluzione</i> |
| <input type="checkbox"/> Cariotipo di coppia |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

Fertilità Maschile

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Microdelezioni Cromosoma Y |
| <input type="checkbox"/> FISH su liquido seminale |
| <input type="checkbox"/> Test di frammentazione del DNA spermatico (TUNEL Test) |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

DIAGNOSI POSTNATALE

Genetica Molecolare (Per i Pannelli consultare Vademecum)

- | |
|--|
| Fibrosi Cistica: <input type="checkbox"/> 34 mutazioni <input type="checkbox"/> 139 mutazioni <input type="checkbox"/> 152 mutazioni <input type="checkbox"/> Intero Gene |
| Beta Talassemia: <input type="checkbox"/> Principali mutazioni <input type="checkbox"/> Intero Gene <input type="checkbox"/> Alfa Talassemia (HBA1 e HBA2) MLPA |

Genetica Molecolare <i>(Per i Pannelli consultare Vademecum)</i>	
Sordità Ereditaria (GJB2/Cx26): <input type="checkbox"/> Principali mutazioni <input type="checkbox"/> Intero Gene	<input type="checkbox"/> Sordità Ereditaria (GJB6/Cx30) - Intero Gene
<input type="checkbox"/> SMA – Carrier Test	<input type="checkbox"/> Distrofia Muscolare (DMD/DMB) MLPA Carrier Test
21-Idrossilasi deficit (CYP21A2): <input type="checkbox"/> Principali mutazioni	<input type="checkbox"/> Intero Gene RDB + MLPA
Emocromatosi: <input type="checkbox"/> 3 mutazioni <input type="checkbox"/> 12 mutazioni <input type="checkbox"/> 18 mutazioni	<input type="checkbox"/> Emofilia A - Fattore VIII - Intero gene
Fattore V: <input type="checkbox"/> Leiden <input type="checkbox"/> Cambridge <input type="checkbox"/> H1299R-R2 <input type="checkbox"/> Y1702C	<input type="checkbox"/> Fattore II-Protrombina <input type="checkbox"/> Beta Fibrinogeno
MTHFR: <input type="checkbox"/> C677T <input type="checkbox"/> A1298C	<input type="checkbox"/> PAI-1 <input type="checkbox"/> HPA <input type="checkbox"/> ApoE <input type="checkbox"/> ApoB <input type="checkbox"/> ACE <input type="checkbox"/> AGT <input type="checkbox"/> Fattore XIII
Pannello Trombofilia: <input type="checkbox"/> 4 mutazioni <input type="checkbox"/> 5 mutazioni	<input type="checkbox"/> Abortività ricorrente <input type="checkbox"/> 15 mutazioni
HLA: <input type="checkbox"/> Singolo Locus <i>(Specificare)</i> _____	<input type="checkbox"/> I Classe <input type="checkbox"/> II Classe <input type="checkbox"/> HLA-G
<input type="checkbox"/> Jak2-singola mutazione (V617F)	<input type="checkbox"/> Screening genetico malattie Mieloproliferative (MPL, CALR e JAK2)
CardioScreen®: <input type="checkbox"/> Cardiomiopatie	<input type="checkbox"/> Arresto Cardiaco Improvviso
GExome: <input type="checkbox"/> Clinical <input type="checkbox"/> Clinical Trio	<input type="checkbox"/> Proband (WES) <input type="checkbox"/> Trio (WES)
<u>Previa richiesta:</u> Custom Panel (Specificare Gene/i): _____	
<u>ALTRO (fare riferimento a quanto indicato nel Vademecum):</u> Codice: _____ Nome Analisi/Pannello: _____	

DIAGNOSI POSTNATALE

CONSENSO ALL'ANALISI* (Selezionare la casella corrispondente)

Consenso informato: copia in allegato
 archiviato dal Richiedente (Dottore/Studio/Laboratorio)

N.B.: Il Richiedente, in caso di minore, ha già provveduto alla raccolta del Consenso Informato dedicato conservando i relativi documenti d'identità del minore e di tutti i tutori legali

MODALITÀ DI FATTURAZIONE E REFERTAZIONE * (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Indicare preferenze di invio:

	Fattura	Referto
DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO <i>(Secondo scheda conoscitiva)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAZIENTE - Online <i>(Compilare campi sottostanti)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informazioni per fatturazione al paziente: Indirizzo e-mail: _____

Indirizzo di residenza: _____ n. _____ CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

Informazioni per refertazione al paziente:

Indirizzo E-mail: _____ Numero di telefono: _____

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

Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi del Reg. EU 2016-679 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

FIRMA* _____ Firma dei genitori e/o tutori _____

A cura del Personale Eurofins Genoma (Indicare il numero e il tipo di campioni pervenuti):

<input type="checkbox"/> Sangue periferico (EDTA) n° _____ <input type="checkbox"/> Sangue periferico (EPARINA) n° _____ <input type="checkbox"/> Tampone <i>(Specificare)</i> _____ n° _____ <input type="checkbox"/> Altro <i>(Specificare)</i> _____ n° _____	<input type="checkbox"/> Liquido Amniotico <input type="checkbox"/> Villi Coriali <input type="checkbox"/> Liquido Seminale	Data e Ora: _____ Sigla: _____
---	---	---