

MODULO DI RICHIESTA ESAME PRENATALSAFE FULL RISK

MEDICO / CENTRO INVIANTE

Nome / Timbro



Genoma



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/>
 lo 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/>
 lo sottoscritto _____
 autorizzo ai sensi del Reg. EU 679/2016 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.
 Firma: _____