

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

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

- |  |
|--|
| <b>Fibrosi Cistica:</b> <input type="checkbox"/> 139 mutazioni <input type="checkbox"/> 152 mutazioni <input type="checkbox"/> Intero Gene                             |
| <b>Beta Talassemia:</b> <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 <input type="checkbox"/> X-Fragile Fraxa
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)
<i>Previa richiesta:</i>	
Custom Panel <i>(Specificare Gene/i):</i> _____	
<i>ALTRO (fare riferimento a quanto indicato nel Vademecum):</i>	
Codice: _____ Nome Analisi/Pannello: _____	

**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:**

DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO *(Secondo scheda conoscitiva)*

**Fattura**

**Referto**



PAZIENTE - Online *(Compilare campi sottostanti)*



**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.laboratoriogenoma.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 \_\_\_\_\_

<b>A cura del Personale Eurofins Genoma</b> (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: _____