

Timbro Medici/Laboratori

## Scheda di Accettazione Bi-Test e Pre-eclampsia da inviare a Eurofins Genoma Group

(\*Campi obbligatori)

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

### DATI ANAGRAFICI (Compilare in stampatello e selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita\*: \_\_\_\_\_

Codice fiscale\*: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Tipo di Campione:  Siero

Gruppo etnico\*:

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Europeo o nordafricano          | <input type="checkbox"/> Africano/caraibico | <input type="checkbox"/> Etnia mista |
| <input type="checkbox"/> Etnia sconosciuta o altra etnia | <input type="checkbox"/> Sud asiatico       |                                      |
| <input type="checkbox"/> Est asiatico                    | <input type="checkbox"/> Sud-est asiatico   |                                      |

Peso (kg)\*: \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \*: \_\_\_\_\_

Fumo\*:  Sì  No Numero sigarette giornaliero: \_\_\_\_\_

Diabete\*:  Sì  No (Tipo: \_\_\_\_\_)

### DATI ECOGRAFICI (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Data Eco\*: \_\_\_\_\_ Data UM: \_\_\_\_\_ EG\*: \_\_\_\_\_ Metodo di concepimento\*: \_\_\_\_\_

CRL (compreso tra 45 e 84 mm)\*: \_\_\_\_\_ mm NT\*: \_\_\_\_\_ mm DBP: \_\_\_\_\_ mm

Età donatrice: \_\_\_\_\_ Data donazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data fecondazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero di gravidanze precedenti a quella in corso (parità)\*: \_\_\_\_\_ Se parità > 0 specificare:

Parti spontanei 16-30 sett.: \_\_\_\_\_ Parti spontanei 31-36 sett.: \_\_\_\_\_ Parti spontanei dopo 37 sett.: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Gravidanza singola	<input type="checkbox"/> Gravidanza gemellare <input type="checkbox"/> Vanishing twin	<input type="checkbox"/> Bicorniale/biamniotica <input type="checkbox"/> Monocoriale/biamniotica <input type="checkbox"/> Monocoriale /monoamniotica
---	--	--

Soft markers:

<input type="checkbox"/> Osso nasale <input type="checkbox"/> Foci ecogenici cardiaci <input type="checkbox"/> Cisti plessi corioidei	<input type="checkbox"/> Femore corto <input type="checkbox"/> Intestino iperecogeno <input type="checkbox"/> Arteria ombelicale	<input type="checkbox"/> Pielectasia <input type="checkbox"/> Omero corto <input type="checkbox"/> Altro: _____
---	--	---

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

**Bi- Test**  **Elaborazione Bi-Test**  **Pre-eclampsia**

Data \_\_\_\_\_

Firma Ginecologo/Operatore: \_\_\_\_\_

Timbro Medici/Laboratori

da inviare a Eurofins Genoma Group

(\*Campi obbligatori)

**MODALITA' DI FATTURAZIONE E REFERTAZIONE\*** (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Indicare preferenze di invio:

DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (Secondo scheda conoscitiva)

PAZIENTE - Online (Compilare campi sottostanti)

Fattura

Referto

Informazioni per fatturazione al paziente:

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_

**Da compilare a cura del Personale Eurofins Genoma** (Indicare il numero e il tipo di campioni pervenuti):

- SIERO
- Sangue periferico (EDTA) n° \_\_\_\_\_
- Sangue periferico (EPARINA) n° \_\_\_\_\_
- Altro (Specificare) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Data e Ora:

Sigla:

Questo documento è utilizzato da Eurofins Genoma Group, in qualità di **Responsabile del Trattamento**. Tale documento può contenere informazioni di carattere estremamente riservato e confidenziale. Qualora venga smarrito e/o sia in Suo possesso, La preghiamo gentilmente di informarci immediatamente al numero di telefono + (39) 06.8811270 oppure di inviarlo tempestivamente al seguente indirizzo: Eurofins Genoma Group - Laboratori e Studi Medici c/o Via Castel Giubileo, 11 - 00138 Roma. Qualsiasi 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.