

MODELLO DI RICHIESTA per l'esecuzione di TEST GENETICI (da compilare in ogni sua parte)

CAMPIONE INVIATO

Data del prelievo:.....

- ☐ Sangue periferico in EDTA ☐ Villi coriali (*settimana gestazione:*)
☐ Sangue periferico in eparina ☐ Liquido amniotico (*settimana gestazione:*)
☐ DNA ☐ altro.....

PAZIENTE

Cognome Nome F ☐ M ☐

Nato/a Prov..... il

(in caso di diagnosi prenatale, indicare i dati della madre)

MEDICO RICHIEDENTE

Nome e Cognome del medico.....

Istituzione

Indirizzo completo

Telefono..... e-mail.....

(il referto sarà inviato al medico richiedente, salvo eccezioni da concordare)

TEST RICHIESTO

	Test	Dati da specificare
☐	ricerca mutazione specifica	gene e mutazione:
☐	ricerca espansione specifica	gene/i:
☐	sequenziamento singolo gene	gene/i:
☐	analisi NGS	geni/pannello virtuale:
☐	MLPA	gene/i:
☐	array-CGH	a-CGH/a-SNP:
☐	cariotipo	
☐	FISH	regione:
☐	contaminazione materno-fetale	
☐	altro	specificare:

MOTIVO DELL'ANALISI

.....

(allegare breve relazione clinica ove opportuno, es. in caso di array o analisi NGS)