

| A cura del Laboratorio |  |                        |  |
|------------------------|--|------------------------|--|
| Data arrivo            |  | Firma per Accettazione |  |

**MODULO RICHIESTA SCREENING BIOCHIMICO DEL I TRIMESTRE**
**1. ANAGRAFICA PAZIENTE**

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                               |                         |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|
| <b>Cognome e Nome</b>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                               |                         |          |
| <b>Data di nascita</b>                                                                                                                      | ___ / ___ / ___                                                                                                                                                               | <b>Luogo di nascita</b> |          |
| <b>Codice Fiscale</b>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                               |                         |          |
| <b>Comune di Residenza</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                               |                         |          |
| <b>Origine Etnica</b>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Caucasica <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Afro-Caraibica <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Altro |                         |          |
| <b>Data prelievo</b>                                                                                                                        | ___ / ___ / ___                                                                                                                                                               | <b>Ora prelievo</b>     |          |
| <b>Peso materno al prelievo</b>                                                                                                             | _____ kg                                                                                                                                                                      | <b>Altezza materna</b>  | _____ cm |
| <b>Parità</b>                                                                                                                               |                                                                                                                                                                               |                         |          |
| <input type="checkbox"/> Autorizzo Personal Genomics Srl a consegnare il referto al professionista/ struttura inviante, indicato al punto 2 |                                                                                                                                                                               |                         |          |
| *Firma paziente _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                                               |                         |          |

**2. PROFESSIONISTA E STRUTTURA INVIANTE**

|                       |  |                       |  |
|-----------------------|--|-----------------------|--|
| <b>Cognome e Nome</b> |  | <b>Nome Struttura</b> |  |
| <b>Telefono</b>       |  | <b>Email</b>          |  |

**3. ANAMNESI**

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data ultima mestruazione ___ / ___ / ___                                                                                           | Settimana di gestazione _____                                                                                                                  |
| Precedenti gravidanze affette da:                                                                                                  | Trisomia 21   SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trisomia 13/18   SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Num. Feti: _____                                                                                                                   | Se gemellare: Gravidanza Monocoriale <input type="checkbox"/>                                                                                  |
|                                                                                                                                    | Gravidanza Bicoriale <input type="checkbox"/>                                                                                                  |
| Fecondazione assistita   SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                   | Tipo _____                                                                                                                                     |
| SE OVODONAZIONE/EMBRIODONAZIONE                                                                                                    |                                                                                                                                                |
| Data di nascita donatrice/embriodonazione ___ / ___ / ___                                                                          | Data congelamento ___ / ___ / ___                                                                                                              |
| Diabete   SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                  | Fumatrice   SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                            |
| <b>BI-TEST</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                |
| Data ecografia ___ / ___ / ___                                                                                                     | Nome ecografista _____                                                                                                                         |
| Primo feto: Osso nasale <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ASSENTE <input type="checkbox"/> NON VALUTATO   |                                                                                                                                                |
| CRL _____ mm (min: 45 mm; max: 85 mm)   NT _____ mm                                                                                |                                                                                                                                                |
| Secondo feto: Osso nasale <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ASSENTE <input type="checkbox"/> NON VALUTATO |                                                                                                                                                |
| CRL _____ mm (min: 45 mm; max: 85 mm)   NT _____ mm                                                                                |                                                                                                                                                |
| Altri marcatori ecografici _____                                                                                                   |                                                                                                                                                |

### Analisi eseguibile solo per gravidanze singole

Data ecografia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CRL \_\_\_\_\_ mm (min: 45 mm; max: 85 mm)

Iperensione cronica ☐ NO ☐ SI se sì, ☐ trattata ☐ non trattata

Pressione arteriosa media [MAP = PD + 1/3 (SP - DP)]: \_\_\_\_\_ (Valore unico)

Pressione sistolica dx: 1° misura \_\_\_\_\_ 2° misura \_\_\_\_\_

Pressione diastolica dx: 1° misura \_\_\_\_\_ 2° misura \_\_\_\_\_

Pressione sistolica sn: 1° misura \_\_\_\_\_ 2° misura \_\_\_\_\_

Pressione diastolica sn: 1° misura \_\_\_\_\_ 2° misura \_\_\_\_\_

Misurazione indice di pulsilità doppler delle arterie uterine (PI): sn: \_\_\_\_\_ dx: \_\_\_\_\_

Storia familiare per Preeclampsia: \_\_\_\_\_

#### 4. ANALISI RICHIESTA

| Dosaggio PAPP-A e free $\beta$ -hCG per BITEST<br>-BITE-1/DP#            | Screening preeclampsia<br>PRCL# |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| BITEST (Screening biochimico nel I trimestre di gravidanza):<br>-BITE-1# |                                 |

# Test eseguito *in service* presso laboratorio certificato e qualificato

#### 5. DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO

La sottoscritta \_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
consapevole/i delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

☐ di **aver letto** l'informativa del test e di **aver ricevuto dal professionista** di riferimento un'informazione chiara e dettagliata sul tipo di procedura che sarà effettuata e sull'indagine, di averne compreso l'utilità ed i limiti; di aver compreso le modalità di gestione dei dati e dei campioni, e la loro finalità d'uso;

☐ **essere a conoscenza** che l'analisi richiesta è un test di screening e pertanto NON ha finalità diagnostiche;

☐ **volere** ☐ **NON volere** essere informato circa i risultati dell'analisi;

☐ di **acconsentire** al prelievo di materiale biologico e all'analisi indicata al punto 4.

☐ di **autorizzare** Personal Genomics Srl a consegnare il referto al professionista/centro specialistico inviante, indicato al punto 2.

Il/i sottoscritto/i sono stato/i edotti sui diritti di revoca del presente consenso e sono consapevole/i di poter comunicare tempestivamente tramite i contatti in calce, ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

In caso di minore:

dati del genitore<sup>1</sup> o esercente la patria potestà \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Il consenso informato specifico per l'esecuzione dell'analisi indicata nel minore deve provenire da entrambi i genitori o da chi ne fa le veci giuridiche, anche in caso di genitori divorziati o separati o unici affidatari (Codice Civile, artt. 155-316-317-317 bis)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (ASSISTITO MINORE IN CASO DI ASSENZA DI UNO DEI DUE GENITORI) Il consenso deve essere sottoscritto da almeno uno dei due genitori o dal tutore legale; non sono accettabili i consensi firmati da altri adulti delegati.

☐ dichiaro, sotto la mia responsabilità, che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per impedimento (lontananza o altro). L'eventuale opinione del minore assistito è stata presa in considerazione.

Data \_\_\_\_\_ \*Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ \*Firma Professionista/Medico/Centro inviante  
(timbro)

\* Si richiede firma leggibile