

A cura del Laboratorio			
Data arrivo		Firma per Accettazione	

MODULO RICHIESTA TEST GENETICI**1. ANAGRAFICA PAZIENTE**

Cognome e Nome			
Data di nascita	___ / ___ / _____	Luogo di nascita	
Codice Fiscale			
Indirizzo e Comune di Residenza			
Data prelievo	___ / ___ / _____		
Numero di telefono		E-mail	
☐ Autorizzo Personal Genomics Srl a consegnare il referto al professionista/centro specialistico inviante, indicato al punto 2			
Firma Paziente _____			

2. PROFESSIONISTA E STRUTTURA INVIANTE

Cognome e Nome	
Struttura di Appartenenza	
Numero di telefono	
E-mail	

3. INDICAZIONE ALL'INDAGINE / SOSPETTO DIAGNOSTICO

Se sono già stati eseguiti test genetici e/o consulenze genetiche, allegare esiti

4. ANAMNESI PERSONALE E FAMILIARE

Riportare eventuali gravidanze e/o patologie presenti nella storia clinica del paziente (es. malformazioni, malattie genetiche, ecc.):

Riportare eventuali patologie presenti nella storia clinica della famiglia (es. malformazioni, malattie genetiche, ecc. in precedenti figli, genitori, fratelli o sorelle, nipoti, zii, cugini, nonni):

5. ANALISI RICHIESTA

	Carrier Test Donna CARD		Carrier Test Uomo CARU		Sindrome dell'X-Fragile FRAXA
	Atrofia Muscolare Spinale SMA		Distrofia muscolare (Duchenne e Becker) DMD		Alfa talassemia ALFA
	Beta talassemia BETA		Sordità congenita gene GJB2 CX26/FULL		Sordità congenita gene GJB6 CX30/DEL
	4G/5G, gene <i>PAI-1</i> PTPAI		Pannello Trombofilia - Base PTB		Pannello Trombofilia - Esteso PTE
	Fibrosi cistica Primo Livello CFPL		Fibrosi cistica Intero gene CF		Microdelezioni cromosoma Y CROY
	Polimorfismo HLA-G HLA-G		Esaurimento Ovarico Precoce POI		Emocromatosi Ereditaria – varianti HFE HFE
	Mutazioni recettori FSH/LH FSH/LH		HLA Celiachia CEL		Dismetabolismo del ferro – pannello NGS DF
	Ricerca di varianti note familiari – VF	Allegare referto con riportate le varianti da ricercare			
	Genotipizzazione dell'Rh fetale – RHF	Allegare documentazione attestante Rh negativo gestante ed Rh positivo partner Settimane gestazionali: ___ + ___ Gravidanza singola ☐ Gravidanza gemellare ☐			
	Disturbi dello spettro autistico – DSA	Allegare relazione clinica			

Alcune analisi potrebbero essere eseguite in service presso laboratori esterni accreditati, qualificati e certificati, sulla base delle esigenze del laboratorio.

Per i dettagli sui singoli test fare riferimento alla corrispondente informativa.

Data		Firma professionista*	
		*Si richiede firma leggibile	