



A cura del Laboratorio			
Data arrivo		Firma per Accettazione	
MODULO RICHIESTA CARDIO			
1. ANAGRAFICA PAZIENTE			
COGNOME E NOME			
DATA DI NASCITA	____ / ____ / ____	SESSO	☐ M ☐ F
LUOGO DI NASCITA			
CODICE FISCALE			
INDIRIZZO E COMUNE DI RESIDENZA			
NUMERO DI TELEFONO	E-MAIL _____		
2. PROFESSIONISTA E STRUTTURA DI RIFERIMENTO			
COGNOME E NOME			
NOME STRUTTURA			
NUMERO DI TELEFONO			
E-MAIL			
3. TIPO DI CAMPIONE			
☐ Sangue periferico ☐ DNA estratto (Matrice: _____) ☐ Altro: _____ (previo accordo con il laboratorio)			
DATA PRELIEVO _____ / _____ / _____			
Il paziente è stato sottoposto a:			
• Trasfusione di granulociti da meno di 2 settimane: ☐ NO ☐ SÌ (Se SÌ attendere 2 settimane dalla trasfusione prima del prelievo)			
• Trapianto di cellule staminali ematopoietiche: ☐ NO ☐ SÌ (Se SÌ consegnare DNA estratto da fibroblasti cutanei in coltura)			
4. INDICAZIONE ALL'INDAGINE *			
☐ DIAGNOSI CLINICA DI: ☐ SOSPETTO DIAGNOSTICO DI: _____			
Fenotipi (codici HPO): _____			
☐ Analisi di segregazione familiare - Status del soggetto da analizzare: ☐ Affetto ☐ Non affetto (Riportare varianti da ricercare nella sezione 7)			
* Informazione necessaria per lo svolgimento dell'analisi. Se sono già stati eseguiti test genetici e/o consulenze genetiche, allegare esiti.			
5. ANAMNESI PERSONALE			
Riportare condizioni fenotipiche e informazioni utili relative alla storia clinica del paziente:			



6. ANAMNESI FAMILIARE

☐ Familiarità per la patologia in esame

☐ Nessuna familiarità per la patologia in esame

In caso di storia familiare positiva per la condizione in esame riportare informazioni cliniche ed eventuali test genetici relativi ai familiari affetti (specificare il grado di parentela):

7. ANALISI RICHIESTA

☐ FIBRILLAZIONE ATRIALE (FIBATR)

☐ IPERLIPIDEMIA (IPERLIP)

☐ CARDIOMIOPATIA DILATATIVA (DCM)

☐ CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA (HCM)

☐ ARITMIE (ARITMIE)

☐ MALFORMAZIONI CONGENITE STRUTTURALI CARDIACHE (MALCAR)

☐ Pannello specifico (previo accordo con il laboratorio):

☐ Analisi del/i gene/i target (previo accordo con il laboratorio):

☐ Ricerca delle seguenti varianti familiari (indicare GENE, NM, VARIANTE e/o Allegare referto con la/e variante/i da ricercare)*:

* Analisi richiedibile tramite impegnativa SOLO se il probando è stato analizzato presso Personal Genomics

Alcune analisi (o parti di esse) potrebbero essere eseguite in service presso laboratori esterni accreditati/qualificati/certificati, sulla base delle esigenze del laboratorio.

Data ____ / ____ / ____

Il referto verrà inviato al clinico di riferimento, autorizzo Personal Genomics Srl a consegnare il referto al professionista/centro specialistico inviante, indicato al punto 2.

FIRMA leggibile del PAZIENTE _____

FIRMA leggibile del PROFESSIONISTA _____