

MODULO DI RICHIESTA ESAME PRENATALSAFE FULL RISK

MEDICO / CENTRO INVIANTE


Nome / Timbro


NON COMPILARE

Prot. No.: _____ Cod partner femminile: _____ Cod partner maschile: _____

DATI DELLA GESTANTE

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Data del prelievo _____

Sta ripetendo questo prelievo per la seconda volta? SI; NO
DATI DEL PARTNER MASCHILE

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Data del prelievo _____

DATI GRAVIDANZA

Settimana di gravidanza _____ + giorni _____

Età gestazionale determinata mediante:

 Ecografia; Ultime Mestruazioni; Trattamento PMAGravidanza gemellare? NO SI; (Monocoriale; Bicoriale)Gravidanza da procreazione assistita? NO; SI;Tipo di fecondazione: Omologa Eteroologa Maschile
 Eteroologa femminile Embriodonazione

Ginecologo di fiducia: _____

Indirizzo e Città: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

INDICAZIONE ALL'ESAME
 Età Materna Avanzata; Età Paterna Avanzata; Ansietà Anomalie fetali o riscontri ecografici patologici/dubbi:

Tipo riscontro ecografico: _____

 Precedente gravidanza con aneuploidia; Screening 1^o trimestre (Bi-Test) positivo; Partner portatore di malattia genetica: Femminile; Maschile

Specificare malattia _____

Specificare mutazione e gene: _____

 Altro _____ Nessuna specifica indicazioneLa gestante sta assumendo farmaci? SI; NO Indicare nome farmaco: _____
RICHIESTE AGGIUNTIVE
Si vuole conoscere il sesso del feto? SI; NO Test Standard Protocollo FASTIntegrazione RhSafe®? SI; NO (applicabile solo in gravidanze con gestante Rh negativa e partner Rh positivo; è necessario produrre referti attestanti il fattore Rh della coppia).
MODALITA' DI FATTURAZIONE
**MODALITA' DI REFERTAZIONE
DATI DELLA GESTANTE**
**MODALITA' DI REFERTAZIONE
DATI DEL PARTNER MASCHILE**

MEDICO / CENTRO INVIANTE
 PAZIENTE (annotare il codice fiscale nell'anagrafica della gestante)

E-mail: _____

(scrivere l'indirizzo mail paziente se si vuole ricevere la fattura)

MEDICO / CENTRO INVIANTE On-Line
 GESTANTE: Posta

Per attivare la refertazione online al paziente è obbligatorio fornire una E-mail: _____

Le indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito <https://www.laboratoriogenoma.eu/>

Io sottoscritto _____

autorizzo ai sensi del Reg. EU 679/2016 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

Firma: _____

MEDICO / CENTRO INVIANTE On-Line
 PARTNER MASCHILE: Posta

Per attivare la refertazione online al paziente è obbligatorio fornire una E-mail: _____

Le indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito <https://www.laboratoriogenoma.eu/>

Io sottoscritto _____

autorizzo ai sensi del Reg. EU 679/2016 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

Firma: _____