

Timbro Medici/Laboratori

Scheda Accettazione Campioni

da inviare a Eurofins Genoma Group

(*Campo obbligatorio)

Data: _____

DATI ANAGRAFICI (Compilare in stampatello)

Nome*: _____ Cognome*: _____ Data di nascita*: _____

Codice fiscale*: _____ Luogo di nascita*: _____ Prov.: _____

Codice Campione (Riservato al Medico): _____ Data di prelievo*: _____ Sesso*: F M

TIPO CAMPIONE* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e/o compilare)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangue periferico (EDTA) | <input type="checkbox"/> Liquido Amniotico |
| <input type="checkbox"/> Sangue periferico (EPARINA) | <input type="checkbox"/> Villi Coriali |
| <input type="checkbox"/> Tampone (<u>Specificare</u>) | <input type="checkbox"/> Liquido Seminale |
| <input type="checkbox"/> Altro (<u>Specificare</u>) _____ | |

ANALISI RICHIESTA* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Indicazione all'analisi (* in caso di minore necessaria la prescrizione medica): _____

Citogenetica

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cariotipo Classico | <input type="checkbox"/> Alfa-fetoproteina (AFP) | <input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare (Array-CGH) | <input type="checkbox"/> QF-PCR (21,18,13,XY) |
|---|--|---|---|

Genetica Molecolare

Fibrosi Cistica: <input type="checkbox"/> 139 mutazioni <input type="checkbox"/> 152 mutazioni <input type="checkbox"/> Intero Gene	Beta Talassemia <input type="checkbox"/> Principali mutazioni <input type="checkbox"/> Intero Gene
Sordità Ereditaria <input type="checkbox"/> Principali mutazioni (<u>GJB2/Cx26</u>): <input type="checkbox"/> Intero Gene	<input type="checkbox"/> Sordità Ereditaria (<u>GJB6/Cx30</u>): Intero Gene
<input type="checkbox"/> Distrofia Muscolare Duchenne/Becker (DMD/DMB) <input type="checkbox"/> X-Fragile Fraxa <input type="checkbox"/> SMA - Atrofia Muscolare Spinale	<input type="checkbox"/> PrenatalScreen® Focus 31 Malattie Genetiche Fetali <input type="checkbox"/> PrenatalScreen® 1000 Malattie Genetiche Fetali <input type="checkbox"/> Altro: _____

Citogenetica

Fertilità Maschile

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cariotipo Classico | <input type="checkbox"/> Microdelezioni Cromosoma Y |
| <input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare <u>Alta risoluzione</u> | <input type="checkbox"/> FISH su liquido seminale |
| <input type="checkbox"/> Cariotipo di coppia | <input type="checkbox"/> Test di frammentazione del DNA spermatico (TUNEL Test) |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____ | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

Genetica Molecolare (Per i Pannelli consultare Vademecum)

Fibrosi Cistica: <input type="checkbox"/> 139 mutazioni	<input type="checkbox"/> 152 mutazioni	<input type="checkbox"/> Intero Gene
Beta Talassemia: <input type="checkbox"/> Principali mutazioni	<input type="checkbox"/> Intero Gene	<input type="checkbox"/> Alfa Talassemia (HBA1 e HBA2) MLPA

Genetica Molecolare (Per i Pannelli consultare Vademecum)

Sordità Ereditaria (<u>GJB2/Cx26</u>):		<input type="checkbox"/> Principali mutazioni	<input type="checkbox"/> Intero Gene	<input type="checkbox"/> Sordità Ereditaria (<u>GJB6/Cx30</u>) - Intero Gene							
<input type="checkbox"/> SMA – Carrier Test		<input type="checkbox"/> Distrofia Muscolare (DMD/DMB) MLPA Carrier Test			<input type="checkbox"/> X-Fragile Fraxa						
21-Idrossilasi deficit (CYP21A2):		<input type="checkbox"/> Principali mutazioni		<input type="checkbox"/> Intero Gene RDB + MLPA							
Emocromatosi:		<input type="checkbox"/> 3 mutazioni	<input type="checkbox"/> 12 mutazioni	<input type="checkbox"/> 18 mutazioni	<input type="checkbox"/> Emofilia A - Fattore VIII - Intero gene						
Fattore V:		<input type="checkbox"/> Leiden	<input type="checkbox"/> Cambridge	<input type="checkbox"/> H1299R-R2	<input type="checkbox"/> Y1702C	<input type="checkbox"/> Fattore II-Protrombina		<input type="checkbox"/> Beta Fibrinogeno			
MTHFR:		<input type="checkbox"/> C677T	<input type="checkbox"/> A1298C	<input type="checkbox"/> PAI-1	<input type="checkbox"/> HPA	<input type="checkbox"/> ApoE	<input type="checkbox"/> ApoB	<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> AGT	<input type="checkbox"/> Fattore XIII	
Pannello Trombofilia:		<input type="checkbox"/> 4 mutazioni	<input type="checkbox"/> 5 mutazioni	<input type="checkbox"/> Abortività ricorrente			<input type="checkbox"/> 15 mutazioni				
HLA:		<input type="checkbox"/> Singolo Locus (<u>Specificare</u>)		<input type="checkbox"/> I Classe		<input type="checkbox"/> II Classe		<input type="checkbox"/> HLA-G			
<input type="checkbox"/> Jak2-singola mutazione (V617F)		<input type="checkbox"/> Screening genetico malattie Mieloproliferative (MPL, CALR e JAK2)									
CardioScreen®:		<input type="checkbox"/> Cardiomiopatie		<input type="checkbox"/> Arresto Cardiaco Improvviso							
GExome:		<input type="checkbox"/> Clinical	<input type="checkbox"/> Clinical Trio	<input type="checkbox"/> Proband (WES)		<input type="checkbox"/> Trio (WES)					
Previa richiesta:											
Custom Panel (Specificare Gene/i): _____											
ALTRO (fare riferimento a quanto indicato nel Vademecum):											
Codice: _____ Nome Analisi/Pannello: _____											

CONSENSO ALL'ANALISI* (Selezionare la casella corrispondente)

Consenso informato: copia in allegato
 archiviato dal Richiedente (Dottore/Studio/Laboratorio)

N.B.: Il Richiedente, in caso di minore, ha già provveduto alla raccolta del Consenso Informato dedicato conservando i relativi documenti d'identità del minore e di tutti i tutori legali

MODALITÀ DI FATTURAZIONE E REFERTAZIONE * (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Indicare preferenze di invio:

Fattura

Referto

DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (Secondo scheda conoscitiva) PAZIENTE - Online (Compilare campi sottostanti)

Informazioni per fatturazione al paziente: Indirizzo e-mail: _____

Indirizzo di residenza: _____ n. _____ CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

Informazioni per refertazione al paziente:

Indirizzo E-mail: _____ Numero di telefono: _____

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

Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi del Reg. EU 2016-679 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

FIRMA* _____ Firma dei genitori e/o tutori _____

A cura del Personale Eurofins Genoma (Indicare il numero e il tipo di campioni pervenuti):

<input type="checkbox"/> Sangue periferico (EDTA) n° _____	<input type="checkbox"/> Liquido Amniotico	Data e Ora: _____
<input type="checkbox"/> Sangue periferico (EPARINA) n° _____	<input type="checkbox"/> Villi Coriali	_____
<input type="checkbox"/> Tampone (<u>Specificare</u>) n° _____	<input type="checkbox"/> Liquido Seminale	Sigla: _____
<input type="checkbox"/> Altro (<u>Specificare</u>) n° _____		_____