

# MODULO DI RICHIESTA ESAME PRENATALSAFE

## MEDICO / CENTRO INVIANTE



Nome / Timbro



## DATI DELLA GESTANTE

Prot. No.: \_\_\_\_\_ (uso interno)  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_  
 CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Data del prelievo: \_\_\_\_\_  
 Si tratta di un secondo prelievo? ☐ SI; ☐ NO

## DATI GRAVIDANZA

Settimana di gravidanza \_\_\_\_\_ + giorni \_\_\_\_\_  
 Età gestazionale determinata mediante:  
☐ Ecografia; ☐ Ultime Mestruazioni; ☐ Trattamento PMA  
 Gravidanza gemellare? ☐ NO ☐ SI; (☐ Monocoriale; ☐ Bicornale)  
 Gravidanza da procreazione assistita? ☐ NO; ☐ SI  
 Tipo di fecondazione: ☐ Omologa ☐ Eterologa Maschile  
☐ Eterologa femminile ☐ Embriodonazione  
 Ginecologo di fiducia: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo e Città: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

## TIPO DI TEST DA ESEGUIRE

☐ GeneSAFE™ Inherited ☐ GeneSAFE™ *de novo*  
☐ GeneSAFE™ Complete (Inherited + *de novo*)  
☐ PrenatalSAFE® COMPLETE (PrenatalSAFE® Karyo + GeneSAFE™ Complete)  
☐ PrenatalSAFE® COMPLETE Plus (PrenatalSAFE® Karyo Plus + GeneSAFE™ Complete)  
 Integrazione RhSafe®? ☐ SI; ☐ NO  
 (gratuita e applicabile solo in gravidanze con gestante Rh negativa e partner Rh positivo; è necessario produrre referti attestanti il fattore Rh della coppia).

## Richiesta di esami aggiuntivi (opzionali):

☐ Cariotipo su sangue periferico partner Maschile  
☐ Cariotipo su sangue periferico partner Femminile  
☐ Pannello malattie genetiche partner Femminile (Fibrosi Cistica 34 mut. + Sordità Ereditaria + Atrofia Muscolare Spinale (SMA) + X-Fragile)  
☐ Pannello malattie genetiche partner Maschile (Fibrosi Cistica 34 mut. + Sordità Ereditaria - principali mut. + Atrofia Muscolare Spinale - SMA)  
☐ GeneScreen® (screening genetico multiplo di 700 malattie ereditarie)  
☐ RhSafe® (determinazione del fattore Rh fetale) ☐ Altro: \_\_\_\_\_

## 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° trimestre (Bi-Test) positivo;  
☐ Partner portatore di malattia genetica: ☐ Femminile; ☐ Maschile  
 Specificare malattia \_\_\_\_\_  
 Specificare mutazione e gene: \_\_\_\_\_  
☐ Altro \_\_\_\_\_ ☐ Nessuna specifica indicazione  
 La gestante sta assumendo farmaci? ☐ SI; ☐ NO  
☐ Indicare nome farmaco: \_\_\_\_\_

## DATI DEL PARTNER MASCHILE

Da compilare solo se vengono richiesti esami genetici per il partner maschile:

Nome \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

## MODALITA' DI FATTURAZIONE

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



## MODALITA' DI REFERTAZIONE

☐ MEDICO / CENTRO INVIANTE  
☐ PAZIENTE  
☐ E-mail, all'indirizzo \_\_\_\_\_  
☐ On-Line; ☐ Posta  
 Per attivare la refertazione online al paziente è obbligatorio fornire una username e password da indicare di seguito:  
 Username: indirizzo e-mail del paziente  
 Password: \_\_\_\_\_  
 Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
 autorizzo ai sensi del Reg. EU 679/2016 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.  
 FIRMA \_\_\_\_\_

# Check list per la gestione del campione



1

## Prima della raccolta

Controllo della documentazione da allegare al campione

- ☐ Modulo di richiesta esame compilato
- ☐ Consenso informato compilato
- ☐ Eventuale documentazione sulla storia clinica del paziente da allegare



3

## Prima della spedizione

Etichettatura della provetta

- ☐ Nome e cognome del paziente
- ☐ Data di nascita del paziente
- ☐ Data e ora del prelievo



2

## Raccolta del campione

1 provetta (tappo mimetico), 10 ml, sangue periferico (minimo 8 ml)

- ☐ Controllo data scadenza della provetta. La provetta (sia prima che dopo il prelievo) deve essere conservata a temperatura ambiente (15-25°C) fino al momento della spedizione
- ☐ Utilizzo degli aghi in dotazione
- ☐ Dopo la raccolta del campioneappare accuratamente la provetta, sigillarla con il parafilm in dotazione e agitarla delicatamente invertendola ripetutamente (almeno 10 volte)
- ☐ In caso di collasso della vena, eseguire una seconda venopuntura con una nuova provetta



4

## Preparazione della spedizione

Allocazione della provetta all'interno della spugna contenuta nel contenitore in cartone in dotazione per il trasporto

- ☐ Non refrigerare il campione. Il campione deve essere conservato a temperatura ambiente (15-25°C) fino al momento della spedizione
- ☐ Spedire il campione il prima possibile. Il campione si considera idoneo all'analisi se tra il giorno del prelievo e l'arrivo in laboratorio sono intercorsi al max 5 giorni
- ☐ Chiudere con cura la scatola



5

## Spedizione

Preparazione del pacco e ritiro del corriere

- ☐ Inserire nella scatola GeneSafe™ la documentazione necessaria all'accettazione del campione (vedi step 1) e il contenitore rosso contenente la provetta
- ☐ Inserire la scatola nella busta del corriere (in dotazione) e sigillare
- ☐ Inserire nell'apposita custodia trasparente, sulla busta del corriere, la stampa della lettera di vettura ricevuta via mail (NO per comune Roma e comune Milano)
- ☐ Per prenotare il ritiro del campione inviare email a [logistica@laboratorigenoma.it](mailto:logistica@laboratorigenoma.it), con oggetto "ritiro kit GeneSafe™" specificando:
  - ☐ data e fascia oraria continuativa di almeno 3 ore di disponibilità per il ritiro
  - ☐ indirizzo (e specifiche aggiuntive come reparto, piano, persona di riferimento etc.)
  - ☐ numero di kit da spedire
  - ☐ altro (esigenze particolari, note per il corriere)
  - ☐ in caso di necessità chiamare il centralino al numero 06. 881 1270 e selezionare il dipartimento "Logistica"

