

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE - SEZIONE DI GENETICA MEDICA

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO-INFANTILE
U.O. DI GENETICA MEDICA

Direttore: Prof.ssa Alessandra Ferlini
<http://www.ospfe.it/genetica-medica>
<http://www.ospfe.it/medical-genetics>

Modulo Richiesta Analisi

MOD-008-UOGMCit-Rev

Citogenetica e array-CGH

(sangue periferico ed altri tessuti)

Codice Lab.:.....

Ospedale e Reparto/Servizio inviante.....

Data.....

Cognome..... Nome..... Sesso: M F

Luogo di nascita..... Data...../...../.....

Residenza.....

Probando Parente di*.....

* per analisi rivolte a familiari (indicare il nome del probando ed il grado di parentela)

Campione inviato: sangue EDTA sangue Eparina DNA altro:.....

Esame richiesto:

Cariotipo costituzionale array CGH

FISH (specificare):.....

Ricerca mosaicismi (specificare):.....

Indicazione all'esame (breve descrizione del fenotipo):

Regime di prestazione: RICOVERO o DH (allegare autorizzazione dir. sanitaria) ESTERNO (allegare impegnativa)

Medico inviante e indirizzo per invio referto:

..... Tel :..... e-mail.....

Risposta a casa in CG ritira personalmente al medico

Consulenza genetica in corso SI NO N.

SPAZIO RISERVATO PER PRELIEVI EFFETTUATI PRESSO AMBULATORIO U.O.-G.M. FERRARA

.....
timbro e firma del Medico