

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>

MOD-009-UO.GM.Cit

Modulo Richiesta Analisi

Codice Lab.:.....

## Citogenetica Prenatale

Ospedale e Reparto/Servizio inviante.....

Data.....

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

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

Residenza.....

Data U.M. ....../...../..... Età gestazionale.....

### Campione inviato:

Liquido amniotico  CC..... Aspetto.....

Sangue fetale  CC.....

Trofoblasto

### Indicazione:

- Età materna
- Test Combinato
- Anomalia/marker ecografico (specificare).....
- Prelievo eseguito per altra diagnostica:.....
- Altro (specificare).....

Eventuali ulteriori informazioni:.....

Eventuali altre analisi specifiche da predisporre sullo stesso campione oltre al cariotipo

(DNA, enzimi etc):

.....

.....

Data.....

.....  
Medico Richiedente  
(Timbro e firma )