



**MODULO RICHIESTA ANALISI POST-NATALE  
STRUTTURA INVIANTE**

Data di spedizione:	Data del prelievo:
Nome della Struttura/Laboratorio richiedente: (apporre etichetta se disponibile)	Medico che ha eseguito il prelievo/di riferimento Nominativo o timbro
Tel.:	Firma:

**DATI DEL PAZIENTE  
(apporre etichetta se disponibile)**

Cognome:	Nome:
Luogo e data di nascita:	Codice fiscale:

sesso  M  F  
 Cognome e nome del partner.....  
 Cognome della madre (per minori).....

Origine etnica o geografica:

<input type="checkbox"/> Europea	<input type="checkbox"/> Africana	<input type="checkbox"/> Asiatica	<input type="checkbox"/> Cinese	<input type="checkbox"/> non nota	<input type="checkbox"/> altro specificare:.....
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--

Indirizzo di residenza: Via/piazza .....n. civico: .....

Città: ..... Prov:..... CAP: ..... Telefono:.....

Codice esenzione (se posseduto)

degente  non degente (Ambulatorio/MAC)

Dichiaro di essere  il titolare  il tutore  l'esercente la patria potestà (specificare: .....)

del campione prelevato e inviato al Laboratorio di Citogenetica e Genetica Molecolare che eseguirà l'analisi genetica richiesta

Firma: .....

**DATI RELATIVI ALL'ESAME RICHIESTO**

ESAME richiesto:

**CARIOTIPO**

**FISH per :** \_\_\_\_\_

**ANALISI MOLECOLARE per:** \_\_\_\_\_

Modalità di pagamento:  convenzione  richiesta ospedaliera di prestazione esterna  solvente

Indicazione al test:

Anamnesi personale

Anamnesi familiare

Campioni inviati/da analizzare

**SANGUE PERIFERICO**  **SANGUE MIDOLLARE**  **CUTE**  **DNA**  **ALTRO** \_\_\_\_\_

Note aggiuntive:

(a cura del LCGM)

CODICE	DATA ARRIVO	ORA	RICEVUTO DA	SIGLA
--------	-------------	-----	-------------	-------