



Richiedente _____

REPARTO _____

(scrivere dettaglio reparto)

MODULO DI RICHIESTA PER DIAGNOSI PRENATALE*

ANALISI DEL CARIOTIPO (MAPPA CROMOSOMICA)

ANALISI MOLECOLARE

PER: _____

(SPECIFICARE TIPO DI ANALISI)

apporre etichetta (se disponibile)

MATERIALE BIOLOGICO DA ANALIZZARE*:

LIQUIDO AMNIOTICO

quantità prelevata _____ aspetto _____

VILLI CORIALI

quantità prelevata _____

SANGUE FETALE

quantità prelevata _____

TESSUTO ABORTIVO

Altro _____

PAZIENTE* Cognome e nome _____ Cognome e nome del partner _____	Data prelievo*
	Degente <input type="checkbox"/> Degenza ordinaria <input type="checkbox"/> Day Hospital Non degente <input type="checkbox"/>
Data e luogo di nascita*	Epoca gestazionale*
Indirizzo	Recapito telefonico
INDICAZIONE ALL'ANALISI*	
Pagamento*: <input type="checkbox"/> convenzione <input type="checkbox"/> richiesta ospedaliera di prestazione esterna <input type="checkbox"/> privato	
ANAMNESI PERSONALE	
ANAMNESI FAMILIARE	
OSSERVAZIONI/SEGNALAZIONI/COMUNICAZIONI	

MEDICO RICHIEDENTE (cognome - firma - n° badge)	Tel. reparto	Firma dell'Operatore
--	---------------------	-----------------------------

*campi da compilare obbligatoriamente, in caso contrario sarà inviato fax non conformità.