



MODULO RICHIESTA CONSULENZA TERATOLOGICA

MARITO: _____ nato il ___/___/___/ a _____ (___)

MOGLIE: _____ nata il ___/___/___/ a _____ (___)

Codice Fiscale n° _____ Tel. ___/___/___ Fax. _____

(Moglie)

Via, n° _____ CAP _____ Città _____ (___)

Gravida alla _____ s.g., EUM /___/___/___/ peso kg _____ parità _____

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____

esprime il suo consenso **al trattamento dati sensibili secondo la Legge n° 675/1996 – n° 196/2003**

ed autorizza il trattamento dei propri dati personali esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, prevenzione, ricerca (in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi) e ad essere contattata per eventuali ulteriori informazioni, per il follow-up e che la Consulenza venga inviata al **seguito indirizzo e-mail** (stampatello)

_____ @ _____ o in

ALTERNATIVA PER POSTA all'indirizzo su indicato.

Mi impegno ad inviare l'impegnativa in originale per posta e a pagare l'eventuale ticket qualora non venga riportato il codice di esenzione o non venga prescritta da uno specialista. Il mancato invio dell'impegnativa comporterà l'addebito dell'intero costo della prestazione.

data

firma

indicazione all'assunzione dei FARMACI: _____

Farmaco	Posologia	assunzione: Anamnestico	Ecografico
		settimana da a	da a

RADIAZIONI Diagnostiche /___/ Terapeutiche /___/ Motivo _____
Allegare descrizione delle sedi irradiate, specificando l'ospedale, il n° di radiogrammi e la data.

INFEZIONI Diagnosticata /___/ Sospettata /___/ Specificare tipo e modalità diagnostiche allegando, copie di esami. Specificare periodo di gestazione anamnestico ed ecografico.

ALTRO RISCHIO Specificare tipo, risultato, periodo di gestazione anamnestico ed ecografico

MEDICO INVIANTE: _____ Tel. ___/___/___ Fax ___/___/___

Sede di lavoro ed indirizzo _____



Servizio di Informazione Teratologia (CEPIG)

Dedicato al medico e alla coppia che vuole conoscere il rischio di danni a loro eventuali futuri figli o alla gravidanza già in corso per esposizione a farmaci o agenti potenzialmente dannosi al prodotto del concepimento (fisici, chimici, infettivi) sia prospetticamente (ad es. programma terapeutico pre- e post-concezionale per patologie croniche) che retrospettivamente (ad es. gravida che ha assunto un farmaco o è stata esposta a radiazioni).

Il Servizio viene fornito su richiesta scritta (scheda apposita, **che contiene il consenso informato necessario** per effettuare la consulenza), tramite posta (**o anticipato tramite tel. Fax 049 821 1425/7619**), e dovrà essere accompagnata da **una impegnativa** fatta dal Medico Specialista (in caso di Consulenza Preconcezionale anche dal Medico Curante) per “Visita multidisciplinare Teratologica”, riportante il codice di Esenzione Regionale specifico. La risposta, con eventuali voci bibliografiche, viene inviata entro 2-3 giorni al medico, tramite Fax, che la comunica agli interessati, mentre una copia, potrà essere **spedita tramite E MAIL**, all'utente. E' allegato alla Consulenza multidisciplinare Teratologica un'altra scheda da compilare al termine della gravidanza e da rispedire al Servizio di Genetica ed Epidemiologia Clinica (DIPARTIMENTO SALUTE DONNA E BAMBINO, Via Giustiniani 3, 35128 Padova), che ha fornito la Consulenza. Se questa scheda di follow-up non sarà pervenuta dopo 3-6 mesi dall'epoca presunta del parto, la famiglia verrà contattata telefonicamente per conoscere l'esito della gravidanza (follow-up) necessario per aumentare le talora insufficienti conoscenze, soprattutto su farmaci recentemente messi in commercio.

Informazioni e richieste:

Da Lunedì a Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 al Tel. 049/8213513

Per informazioni può essere consultato anche il sito <http://www.sdb.unipd.it>.

La presente scheda va inviata al:

Servizio di Genetica ed Epidemiologia Clinica
C.E.P.I.G. Servizio di Informazione Teratologica
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI - AZIENDA OSPEDALIERA
Via Giustiniani 3
35128 Padova
Tel. 049 821 3513
Fax:049 821 1425/7619



INFORMATIVA PER COMPILAZIONE DELLE IMPEGNATIVE SSN PER
- “VISITA MULTIDISCIPLINARE TERATOLOGICA”

CEPIG

Centro
Per la
Informazione
Genetica

Staff
Prof. M.Clementi
(Direttore)

Dott.ssa
E.Di Gianantonio
(Responsabile)

Sign. D. Del Frate

☎ tel.
049 821 3513

☎ fax
049 821 7619
/1425

L'impegnativa debitamente compilata va spedita per posta a:

UOC di GENETICA ed EPIDEMIOLOGIA CLINICA
Dipartimento Salute Donna e Bambino
Azienda Ospedale di Padova
Via Giustiniani 3-35128 Padova

SI PREGA DI COMPILARE L'IMPEGNATIVA DEL SSN CON GRAFIA CHIARA E
POSSIBILMENTE IN STAMPATELLO E COMPLETARE TUTTI I CAMPI RICHIESTI

Indicare:

- nome-cognome della paziente/del paziente
- indirizzo (via, N° civico, CAP, città)
- luogo e data di nascita
- recapito telefonico, e-mail, FAX
- numero di codice fiscale
- firma sul retro della paziente

codice di esenzione in GRAVIDANZA:

450 per Regione Veneto – Medico Specialista del SSN; G50-M50 altre Regioni

codice di esenzione NON in Gravidanza:

400 per Regione Veneto – MMG o/e Medico Specialista del SSN; G00-M00 altre Regioni

- SE NON VERRÀ INVIATA L'IMPEGNATIVA DEL SSN LA PRESTAZIONE SARÀ A
TOTALE CARICO DELL'UTENTE

- SE NON VERRÀ POSTO IL CODICE DI ESENZIONE REGIONALE, L'UTENTE È
TENUTA AL PAGAMENTO DEL TICKET PER PRESTAZIONE SANITARIA.

**PER INFORMAZIONI SU IMPORTI TICKET e/o PAGAMENTI
TRAMITE BONIFICO BANCARIO
TEL. 0498218095 (Lunedì – Venerdì 14-18)**

Prof Maurizio Clementi