

SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2008 (CERTIFICATO DA CERTIQUALITY)

MODULO RICHIESTA di ESAMI DI CITOGENETICA

PAZIENTE Cognome _____ Nome _____ Sesso ☐ M ☐ F
Data di Nascita ____/____/____ Luogo di Nascita _____ (____)
☐ Probando ☐ Parente di _____
nel caso di analisi rivolta ai familiari, indicare il nome/cognome del probando ed il grado di parentela.
Regime prestazione: ☐ RICOVERO o DH (allegare Autorizzazione Direzione Sanitaria) ☐ ESTERNO (allegare Impegnative)

MEDICO RICHIEDENTE Cognome _____ Nome _____
Reparto/Centro _____ Via _____
Città _____ CAP _____ Tel. _____ Fax _____
E-mail _____ Firma del medico _____

CAMPIONE: ☐ SANGUE ☐ DNA* ☐ SALIVA* ☐ VILLI* ☐ AMNIOCITI* ☐ CELLULE* ☐ ALTRO* _____
*Prima di inviare il campione contattare il laboratorio
DATA RICHIESTA _____

NOTE CLINICHE/INDICAZIONE ALL'ESAME ☐ URGENTE N. Famiglia _____

- ☐ **Esame cromosomico standard**
Impegnativa: 38146 (91.34.5) coltura linfociti periferici con PHA
18828 (91.31.2) cariotipo da metafasi linfocitarie
- ☐ **Esame cromosomico ad alta risoluzione**
Impegnativa: 38146 (91.34.5) coltura linfociti periferici con PHA
18834 (91.30.4) cariotipo ad alta risoluzione
- ☐ **Esame cromosomico con ricerca di mosaicismo - Impegnativa:**
34774 (91.28.4) analisi citogenetica per studio mosaicismo cromosomico
38146 (91.34.5) coltura linfociti periferici con PHA
- ☐ **FISH (indicare regione cromosomica) _____**
Impegnativa: 38146 (91.34.5) coltura linfociti periferici con PHA
35040 (91.37.3) ibridazione in SITU (FISH) su metafasi, nuclei interfasci, tessuti mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide PER 2

**4 ml di SANGUE
LITIO-EPARINA
(Tappo Verde Scuro)**