



RICHIESTA ESAMI GENETICA MEDICA

AST_GEN_501_Ed02

Approvazione:
Direttore Genetica Medica

Data di Emissione: 30.11.2022

SPAZIO PER ETICHETTE
ACCETTAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ sesso: • M • F

CF: _____

Data Prelievo materiale biologico _____

Tipo di materiale biologico (specificare numero di provette/numero e tipo di vetrini):

In caso di esame per Patologia Molecolare su campione istologico/citologico compilare anche le seguenti informazioni:

- CODICE ESAME ISTOLOGICO/CITOLOGICO _____
- DIAGNOSI ISTOLOGICA/CITOLOGICA _____
- AREA SELEZIONATA CON MAGGIOR CONTENUTO TUMORALE Sì No
- CONTENUTO TUMORALE STIMATO: _____ %
- NUMERO CELLULE TUMORALI STIMATE (per analisi FISH): _____
- Medico Patologo: _____

Unità Operativa/Struttura Richiedente _____

Medico Richiedente _____ cel * _____

e-mail * _____

Indicazione per l'analisi/Quesito Diagnostico/Sospetto diagnostico:

_____Indicazione Test richiesto (descrizione prestazione, come da elenco prestazioni eseguibili consultabile sul sito dell'ASST Santi Paolo e Carlo, dettagliare mutazione/gene/cromosoma dove necessario)

In caso di diagnosi prenatale settimana di gestazione _____

*N.B. Campi essenziali all'invio referto al medico richiedente in caso di analisi genetiche costituzionali.