



Servizio di Genetica Medica EOLAB
Laboratorio di Citogenetica
Via Mirasole 22a
CH-6500 Bellinzona
tel. 091 811 17 21
fax 091 811 17 19
email: eolab.citogenetica@eoc.ch

Spazio etichetta

Nr. ID LABOR: _____

RICHIESTA PER ESAMI DI CITOGENETICA PERI-PRENATALE

P.F. compilare tutti i campi in entrambe le pagine della richiesta.

Cognome e Nome del paziente Data di Nascita
Medico richiedente Tel.
Copia per conoscenza
Data e ora del prelievo

Analisi

- Cariotipo su:** Villi coriali (15-30 mg, sterile)
 Liquido amniotico (10-20 ml, sterile)
 Tessuto abortivo (*materiale*):.....
 Altro*.....
- Altro:** QF-PCR (*Laboratorio Esterno*) α -Fetoproteina (LIC-EOLAB) CGH-Array (*Laboratorio Esterno*)
 spedizione a Laboratorio Esterno (allegare la richiesta compilata)

Modalità di prelievo

Villi coriali e **tessuto abortivo** devono essere immediatamente introdotti nel contenitore sterile con terreno di trasporto, fornito dal laboratorio.

Liquido amniotico raccolto in 2 provette coniche da 15 ml sterili. *previa consultazione con il laboratorio

Informazioni Cliniche

Data ultime mestruazioni
Settimana gestazionale anamnestica ecografica
Fecondazione assistita no sí
Gravidanza/e precedente/i no sí G.....P.....
Fumo no sí Alcool no sí Farmaci no sí *quali*.....

Indicazioni/i

- Età materna (≥ 35 anni al parto)
- Anomalie malformative evidenziate ecograficamente, quali.....
- Test 1° trimestre positivo: Trisomia 21: 1: Trisomia 18: 1: Trisomia 13
- NT aumentata:mm.....percentile
- Genitori con precedente figlio affetto da anomalie cromosomiche, quale.....
- Genitore portatore di riarrangiamento cromosomico, mosaicismo o aneuploidie quale.....
- Disordini monogenici familiari, quale.....
- NIPT positiva, risultato:.....
- Nessun rischio/desiderio materno
- Altro:.....

Note:

Modalità invio campione

- ✓ Il materiale deve essere **conservato e spedito a temperatura ambiente.**
- ✓ **Previo avviso telefonico**, i campioni di villi coriali, liquido amniotico e tessuto abortivo, vengono accettati tutti i giorni.
- ✓ I campioni devono essere spediti con il primo giro della Securitas (devono arrivare nel più breve tempo possibile). Se necessario avvisare telefonicamente il laboratorio e inviare con il Taxi (M-07-515).

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____

Confermo che nell'ambito di una consulenza genetica sono stata/o informata/o sui diversi aspetti di un'analisi genetica, descritti sul "Foglio informativo e consenso informato sulle analisi genetiche". Confermo di aver compreso l'informazione ricevuta e di aver avuto sufficiente tempo di riflessione.

Acconsento all'esecuzione della/e seguente/i analisi genetica/che:

_____ prenatale postnatale predittivo/presintomatico Per la seguente malattia: _____

Sul seguente campione biologico (p. es. sangue, fluido amniotico, tessuto): _____

Risultati inattesi: nel caso in cui le analisi rivelassero risultati non prettamente legati all'analisi richiesta (cosiddetti "risultati inattesi"), desidero essere informata/o come segue:

- Portatrice/ore di una malattia per la quale sono disponibili misure preventive e/o terapeutiche: SI NO
- Portatrice/ore di una malattia per la quale non sono ancora disponibili misure preventive / terapeutiche: SI NO
- Portatrice/ore sana/o di una malattia recessiva che potrebbe manifestarsi nella seguente generazione in parenti: SI NO
- Altra decisione: _____

Se non vengono date risposte a queste domande, si parte dal presupposto che la/il paziente NON vuole essere informata/o su risultati inattesi.

Conservazione e utilizzo del materiale biologico rimanente e di risultati di laboratorio per successive analisi

- Sono d'accordo che il materiale biologico rimanente e che i dati di laboratorio sono conservati per eventuali ulteriori analisi. Per ulteriori analisi è necessario il mio consenso. SI NO
Nel caso in cui la/il paziente decidesse di no, il campione biologico sarà distrutto dopo l'analisi!
- Sono d'accordo che il materiale biologico rimanente e che i dati di laboratorio possono venir usati in forma codificata per controlli di qualità. SI NO

L'uso del Suo campione biologico e dei dati di laboratorio per motivi di ricerca

- Sono d'accordo che il mio campione biologico e i miei dati di laboratorio possono venir usati in forma codificata per motivi di ricerca ed eventuali pubblicazioni. SI NO

Firma: _____ Luogo e data: _____

(Paziente o rappresentante legale: Genitore / Tutore)

Medico consulente:

Dichiaro di aver informato la/le persona/e nominata/e sopra, in base alla legge in vigore per esami genetici sull'essere umano (GUMG), sull'analisi genetica proposta compresi i limiti dell'analisi come pure di aver risposto alle domande poste.

Cognome: _____ Nome: _____

Firma: _____ Luogo e data : _____

Timbro: