



MODULO RICHIESTA ESAMI

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

COGNOME E NOME:

DATA DI NASCITA:SESSO:

LUOGO DI NASCITA:

INDIRIZZO:

CAP: CITTA':

TEL:

CODICE FISCALE:

PROBANDO PARENTE DI.....

(nel caso di analisi rivolta ai familiari, indicare il nominativo del probando ed il grado di parentela)

ESAME RICHIESTO (specificare gene e patologia):

.....

DATA PRELIEVO:

DATA INVIO:

MATERIALE BIOLOGICO: Sangue DNA Altro (specificare):.....

REGIME DI PRESTAZIONE:

- Ricovero
- DH (allegare autorizzazione Direzione Sanitaria)
- Esterno (allegare impegnativa)

IDENTIFICAZIONE RICHIEDENTE

Il medico richiedente è responsabile dell'accesso del paziente ad un percorso di consulenza genetica pre- e post-test come previsto dalle linee guida nazionali ed internazionali

COGNOME E NOME:

INDIRIZZO COMPLETO PER INVIO REFERTO:

.....

.....

TEL e-mail.....

Timbro e firma