



**Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II**  
**DAI di Medicina di Laboratorio e TrASFusionale**

&



Accreditamento da parte della  
 Agenzia Nazionale per le Qualità  
 IFTB-UNA

**CEINGE - Biotecnologie Avanzate**



Rev:1 marzo 2019

**MODULO DI RICHIESTA PER LA DIAGNOSI MOLECOLARE DI Malattie da difetti del neurosviluppo  
 (Microcefalia, Tubulinopatie, Lissencefalia...)**

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_  
 Data di Nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Luogo di Nascita: \_\_\_\_\_  
 Sesso:  M  F

**DATI NOSOGRAFICI**

Struttura di provenienza: \_\_\_\_\_  
 N° cartella clinica: \_\_\_\_\_  
 Medico richiedente(stampatello): \_\_\_\_\_  
 N° cartella clinica: \_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA**

- Sospetto diagnostico  Diagnosi di portatore
- Altro familiare affetto: cognome e nome  
 (allegare documentazione clinica e/o molecolare di riferimento)
- Ricerca di mutazione nota:  
 (allegare referto molecolare di riferimento)

**INDAGINE RICHIESTA**

- caratterizzazione del difetto molecolare**
- ricerca di mutazioni NOTE familiari**

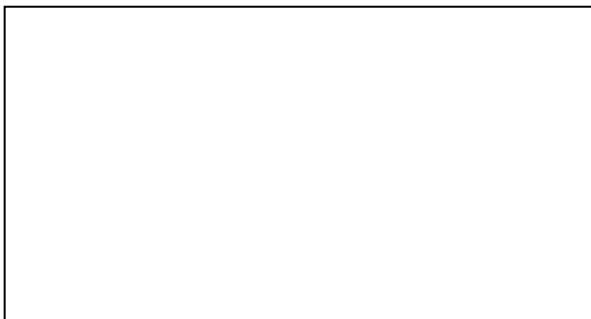
**DATI DEL CAMPIONE**

Sangue periferico  
 Primo invio  Precedentemente inviato  
 Anticoagulante utilizzato:  
 EDTA  Altro  \_\_\_\_\_  
 Campione prelevato il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**NOTIZIE CLINICHE E/O DI LABORATORIO**

Note cliniche rilevanti per la formulazione della diagnosi (eventuale relazione) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Consulenza genetica: (allegare relazione)

**PEDIGREE**



	Portatore genetico	Affetto	Sano	Deceduto	Probando	Portatore clinico	Aborto	Aborto indotto
Femmina								
Maschio								
Sesso sconosciuto								



**Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II**  
**DAI di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale**

&



Accreditamento da parte della  
Azienda Concessionaria Interregionale  
LITEB-UNA

**CEINGE - Biotecnologie Avanzate**



## CONSENSO INFORMATO

### PAZIENTI IN REGIME DI RICOVERO

Con la mia firma attesto che il paziente di cui alla presente richiesta ha dato il proprio consenso a che, dopo l'indagine diagnostica, il suo campione biologico e i dati a lui relativi possano essere utilizzati in forma anonima per scopi di ricerca e/o di casistica epidemiologica secondo quanto consentito dalle normative vigenti anche in materia di tutela della privacy.

**NOME-COGNOME (in stampatello) E FIRMA DEL MEDICO  
PER IL CONSENSO\***

### PAZIENTI PRIVATI CONVENZIONATI E NON

Il/La sottoscritto/a, previamente informato, dà il proprio consenso a che, dopo l'indagine diagnostica, il suo campione biologico e i dati a lui relativi possano essere utilizzati in forma anonima per scopi di ricerca e/o di casistica epidemiologica secondo quanto consentito dalle normative vigenti anche in materia di tutela della privacy.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PAZIENTE O ESERCENTE PATRIA POTESTA'

**NOME-COGNOME (in stampatello) E FIRMA DEL MEDICO CHE  
COMPILA LA RICHIESTA (CON TIMBRO)\***

**\*Con la mia firma attesto che il campione biologico inviato appartiene al soggetto per il quale è inoltrata la richiesta d'indagine**

I campioni potranno essere inviati tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 al D.A.I. di Medicina di Laboratorio, Edificio 4, Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II", Via Pansini, 5 Napoli. Per informazioni rivolgersi allo 081/7462436-3169

**Tutti i dati riportati nel seguente modulo saranno trattati secondo la normativa vigente in materia di tutela della privacy**