Servizio di Genetica Medica EOLAB
Laboratorio di Citogenetica
Via Mirasole 22a
CH-6500 Bellinzona
tel. 091 811 17 20
fax 091 811 17 19
email: eolab.citogenetica@eoc.ch

Spazio etichetta

Nr. ID LABOR:_____

RICHIESTA PER ESAMI DI CITOGENETICA PRENATALE e PRODOTTI DEL CONCEPIMENTO

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. Conservare a temperatura ambiente)
☐ Liquido amniotico (10-20 ml, sterile. Conservare a temperatura ambiente)
☐ Tessuto abortivo (*materiale):*……(conservare a +4°C)
☐ Altro:…… (previa consultazione con il laboratorio)

Altro: ☐ QF-PCR/FISH Rapida *(Laboratorio Esterno)* ☐ α-Fetoproteina (LIC-EOLAB) ☐ aCGH-aSNP[#]
☐ spedizione a Laboratorio Esterno *(allegare la richiesta compilata)*

[#] l'analisi prenatale su villi coriali e liquido amniotico è eseguita esternamente. Prelevare sangue EDTA genitori.

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**.**

Informazioni Cliniche

Data ultime mestruazioni ……
Settimana gestazionale anamnestica …… ecografica ……
Fecondazione assistita ☐ no ☐ sí
Gravidanza/e precedente/i ☐ no ☐ sí Gravidanze……...Parti……....
Fumo ☐ no ☐ sí Alcool ☐ no ☐ sí Farmaci ☐ no ☐ sí *quali*……

Indicazione/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
✓ **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 ALL'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 ☐ screening familiare / analisi di segregazione

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 o in parenti: SI ☐ NO ☐

  Altra decisione: _____SI ☐ NO ☐

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: