

Modulo di richiesta di analisi genetiche POSTNATALI

INDICAZIONE ALL'ANALISI (OBBLIGATORIA)

- PMA Poliabortività Infertilità /sterilità
 Screening preconcezionale Controllo del cariotipo costitutivo* Controllo diagnosi prenatale*
 Caratterizzazione riarrangiamento/marcatore cromosomico*
 Array-CGH per segregazione familiare*
 Sospetto sindromico (vedi note cliniche)
 Anomalie malformative (vedi note cliniche)

- Ritardo di crescita Autismo Epilessia
 Ritardo psicomotorio/ disabilità intellettiva/ ritardo del linguaggio

- Sospetta S. di Prader-Willi Sospetta S. di Angelman Sospetta S. di Silver-Russel
 Sospetta S. di Beckwith-Wiedemann

- Screening CFTR Familiarità per FC*

- ricerca mutazione familiare* _____

- chemioterapia

Sospetta HNPP CMT1A ADEOAD

- Sospetta emocromatosi

- Sospetta malattia renale AD AR (allegare albero genealogico)

*** OBBLIGATORIO allegare copia referti**

NOTE cliniche

PER PAZIENTI IN ETA' PEDIATRICA:

sono state eseguite indagini genetiche prenatali? NO SI (allegare copia referto)