

Modulo di richiesta di analisi genetiche PRENATALI

INDICAZIONE ALL'ANALISI (OBBLIGATORIA)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Età materna | <input type="checkbox"/> Poliabortività | <input type="checkbox"/> Motivi personali |
| <input type="checkbox"/> NT aumentata* | <input type="checkbox"/> NIPT a rischio* | <input type="checkbox"/> test combinato a rischio* |
| <input type="checkbox"/> Malformazioni fetali* | <input type="checkbox"/> Marker ecografici* | <input type="checkbox"/> IUGR* |
| <input type="checkbox"/> Precedente figlio/feto con anomalia cromosomica* | <input type="checkbox"/> Precedente figlio/feto con anomalia genetica* | |
| <input type="checkbox"/> Genitore con anomalia cromosomica* | <input type="checkbox"/> Genitore/i con mutazione genetica* | |
| <input type="checkbox"/> Mosaicismo in CVS* | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

*** OBBLIGATORIO allegare copia referti**

FC e/o cariotipo della coppia NO SI (allegare copia referto)

ANAMNESI OSTETRICA E DATI ECOGRAFICI

U.M. _____ Età gest. cronologica _____ Età gest. ecografica _____

Posizione placenta _____ Sesso ecografico fetale* _____

* OBBLIGATORIO dalla 20^a S.G.

GRAVIDANZA GEMELLARE (utilizzare un modulo per ogni feto):

Numero feti _____ Posizione/identificazione feto _____

VILLOCENTESI

Quantità adeguata scarsa

AMNIOCENTESI _____ Volume (ml) _____ Caratteristiche _____

Prelievo transplacentare SI NO

MATERIALE ABORTIVO/ AUTOPTICO

Tipologia di materiale prelevato: villi coriali tessuto fetale (specificare) _____

NOTE cliniche _____
