



### 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<sup>a</sup> 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** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_