



Associazione  
Cante di Monteverchio  
- O n l u s -

**LABORATORIO DI BIOLOGIA MOLECOLARE E DI GENETICA MEDICA  
"CANTE DI MONTEVECCHIO"**

Autorizzazione N. 864/C  
Accreditamento Regione Marche (decreto N°166/SOP/04)

(Direttore Dr.ssa Luigia Varriale)  
e-mail: [luigia.varriale@genetica-cante.it](mailto:luigia.varriale@genetica-cante.it)

**MODULO RICHIESTA CARIOTIPO POSTNATALE**

**DATI CENTRO INVIANTE**

Centro inviante: \_\_\_\_\_ Responsabile \_\_\_\_\_  
Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_ Partita IVA-C.F. \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**DATI PAZIENTE**

I campi in grassetto devono essere compilati obbligatoriamente; gli altri campi devono essere compilati nel caso in cui il costo della prestazione sia a carico del paziente, al fine dell'emissione della fattura

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
**Codice identificativo** \_\_\_\_\_ **Data di nascita** \_\_\_\_\_  
**Motivazione d'esame** \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Partita IVA-C.F.: \_\_\_\_\_

<b>Codice esame</b>	<b>Tipo di esame</b>	<b>Tempo massimo di refertazione</b>
C01	Cariotipo Standard da sangue periferico	<b>21 gg</b>
C02	Cariotipo alta risoluzione da sangue periferico	<b>30 gg</b>

Firma del Medico Compilatore.....Data.....