



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

MODULO RICHIESTA QF-PCR - PRENATALE

DATI CENTRO INVIANTE

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

DATI PAZIENTE

Feto di:
Nome _____ Cognome _____
Codice identificativo _____ Data di nascita _____
Motivazione d'esame _____
Luogo di nascita _____ Residente in _____
Via _____ N° _____ CAP _____
Partita IVA-C.F. (solo nel caso la fattura debba essere intestata alla paziente) _____

ANAMNESI

Ultima mestruazione: _____ **Precedenti gravidanze** _____ **Figli a termine:** _____
Aborti _____ **Anomalie cromosomiche negli aborti:** _____
Anomalie cromosomiche nei figli: _____
Genitori portatori di traslocazione bilanciata _____
Genitori con mosaicismo cromosomico: _____

Codice esame	Tipo di esame	Tempo di risposta
C03	Aneuploidie dei chr. 13,18,21,X,Y mediante QF-PCR	12 h dall'arrivo del campione in laboratorio

MATERIALE BIOLOGICO INVIATO

Liquido Amniotico	Villi Coriali	Materiale Abortivo	Coltura Cellulare
--------------------------	----------------------	---------------------------	--------------------------

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