



Associazione
Cante di Montevercchio
- 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 ESAMI PER ANALISI DEL GENE FGFR3

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.: _____

Codice esame	Tipo di esame	Tempo massimo di refertazione
GM05.01	FGFR3- ricerca delle mutazioni c.1138G>A e c.1138G>C mediante sequenziamento (Acondroplasia; MIM 100800)	30 gg
GM05.02	FGFR3- ricerca delle mutazioni Ile538Val, Asn540Thr, Asn540Lys, Asn540Ser mediante sequenziamento (Ipocondroplasia; MIM 146000)	30 gg

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