

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE (UNIFE) UOL DI GENETICA MEDICA

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE (OSPFE) UOC DI GENETICA MEDICA

Direttore: Prof.ssa Alessandra Ferlini - email : [fla@unife.it](mailto:fla@unife.it)

<http://www.ospfe.it/genetica-medica>

Modulo Richiesta Analisi

MOD-008-UOGMCit-Rev

## Citogenetica e array-CGH

(sangue periferico ed altri tessuti)

Codice Lab.:.....

Ospedale e Reparto/Servizio inviante.....

Data.....

Cognome..... Nome..... Sesso: M F

Luogo di nascita..... Data...../...../.....

Residenza.....

Probando  Parente di\*.....

\* *per analisi rivolte a familiari (indicare il nome del probando ed il grado di parentela)*

**Campione inviato:**  sangue EDTA  sangue Eparina  DNA  altro:.....

### Esame richiesto:

Cariotipo costituzionale  array CGH

FISH (specificare):.....

Ricerca mosaicismi (specificare):.....

**Indicazione all'esame** (breve descrizione del fenotipo) : .....

Regime di prestazione:  RICOVERO o  DH (allegare autorizzazione dir. sanitaria)  ESTERNO (allegare impegnativa)

Medico inviante e indirizzo per invio referto: .....

..... Tel :..... e-mail.....

Risposta a casa  in CG  ritira personalmente  al medico

Consulenza genetica in corso SI NO N. ....

**SPAZIO RISERVATO PER PRELIEVI EFFETTUATI PRESSO AMBULATORIO U.O.-G.M. FERRARA**

.....  
timbro e firma del Medico