

**PRESIDIO OSPEDALIERO DI
PROVENIENZA:**

AOUP _____

Reparto: _____

Recapito telefonico: _____

CONSEGNARE A:

**SVD CITOGNETICA
EDIFICIO 1 - S. CHIARA - AOUP
via Roma 57, Pisa**

mail: segreteriaCitogenetica@ao-pisa.toscana.it

telefono 050.992644 – fax 050.993498

Dati anagrafici del paziente:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Sesso M F Codice Fiscale _____

Indirizzo di residenza: Via/Piazza _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

da compilare solo per pazienti AOUP: Ricovero Day Hospital

Data prelievo: _____

Settimane di gestazione _____

Aborto (< 28 settimane di gestazione)

Morte in utero (>28 settimane di gestazione)

Materiale inviato:

Materiale inviato:

Villi coriali Biopsia cutanea

Biopsia cutanea

Altro _____

Anamnesi, anomalie ecografiche/fenotipiche, aborti precedenti:

Indagini richieste:

CARIOTIPO STANDARD

ESTRAZIONE E CONSERVAZIONE DNA

ALTRO (specificare) _____

Nome e Cognome medico richiedente (stampatello) _____

Data _____

Firma e timbro Medico Richiedente