

**RICHIESTA DI INDAGINE GENETICA
SVD GENETICA MOLECOLARE**
PRESIDIO OSPEDALIERO DI PROVENIENZA AOUP _____

Reparto: _____

Recapito telefonico: _____

Mail: _____

**CONSEGNARE A:
SVD GENETICA MOLECOLARE**

EDIFICIO 57-Ex stabulario

Stabilimento S.CHIARA (Pisa) - AOUP

geneticamolecolare@ao-pisa.toscana.it

tel 050/993377- fax 050.992895

Dati anagrafici del paziente:

Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____ Sesso M F

Indirizzo di residenza: Via/Piazza _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

da compilare solo per pazienti AOUP: Ambulatoriale Ricovero Day Hospital
Data prelievo _____ **PRELIEVO RIPETIBILE** **PRELIEVO NON RIPETIBILE** **Materiale inviato:** Sangue periferico in EDTA villo amniociti altro _____**DNA estratto da:** villo amniociti tessuto Sangue periferico altro _____**Sospetto clinico:** _____**Anamnesi familiare:** (Familiarità per la patologia/Malattie ereditarie/ Consanguineità/ Eventuale diagnosi genetica del familiare affetto)**Anamnesi personale:** (Esordio clinico/Decorso/Eventuali esami strumentali)**ESAMI RICHIESTI (consultare elenco esami genetici SOD sito web aziendale):**

URGENTE PER _____ **INDAGINI PRECEDENTI:** NO SI (specificare)

Nome e Cognome medico richiedente (stampatello) _____

Data _____

Firma e timbro Medico Richiedente