



MODULO DI RICHIESTA DI ANALISI GENETICHE

RS71 Rev.4 del 01.08.2023 Data di applicazione 30.11.2024 pag1/1

PAZIENTE

COGNOME	NOME	N. Telefono			
NATO/A IL	A	M		F	
☐ Probando ☐ Parente di*..... Tipo di parentela:					
* nel caso di analisi rivolta ai familiari, indicare il nominativo del probando ed il grado di parentela					
Campione: ☐ sangue ☐ DNA ☐ cellule ☐ Altro (specificare):..... Data prelievo:.....					
Regime ☐ RICOVERO o ☐ DH (se presso altro Ospedale, allegare autorizzazione della Direzione Sanitaria)					
☐ ESTERNO (allegare le impegnative indicate per il test richiesto)					
Priorità ☐ STANDARD ☐ URGENTE; motivazione dell'urgenza clinica:.....					
Il consenso informato all'analisi genetica e al trattamento dei dati è stato raccolto? ☐ SI ☐ NO					
N.B. ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ E TESSERA SANITARIA/CODICE FISCALE					

SOSPETTO CLINICO (allegare documentazione):

TEST GENETICO RICHIESTO:

MEDICO RICHIEDENTE

COGNOME	NOME
STRUTTURA DI APPARTENENZA	
INDIRIZZO E-MAIL (a cui sarà inviato referto/relazione via PEC)	
RECAPITO TELEFONICO	Data della richiesta
TIMBRO E FIRMA	

Il medico richiedente si rende garante dell'accesso del paziente ad un percorso di consulenza genetica pre- e post-test come previsto dalle linee guida nazionali ed internazionali