

Dipartimento Ospedale della donna e del bambino

Genetica medica UOC

Modalità di accesso all'Ambulatorio di Genetica Medica

L'Ambulatorio di Genetica Medica svolge attività di consulenza e diagnosi per pazienti affetti da condizioni cliniche di possibile natura ereditaria e per i familiari potenzialmente a rischio.

Gli utenti a cui **sia stata prescritta** dal curante una visita di Genetica Medica (necessaria **impegnativa SSN** con richiesta di "Prima visita di Genetica Medica, cod. 89.7B.1") possono inviare la "Scheda di valutazione della richiesta di consulenza genetica" (All.1), riempita con le informazioni personali e familiari necessarie per la valutazione e corredata della relativa documentazione clinica, via mail: segreteriagenetica@pec.aosp.bo.it. In caso di impossibilità a inviare mail, la scheda e la documentazione possono essere inviate per posta (o consegnate personalmente) al seguente indirizzo:

Segreteria UOC Genetica Medica
Pad.11, 2° piano
Policlinico S.Orsola
Via Massarenti, 9
40138 Bologna

Dopo **valutazione della richiesta da parte dello staff medico** dell'Ambulatorio di Genetica Medica, il richiedente sarà contattato dalla segreteria per programmare la visita ambulatoriale (possibile solo se dispone dell'impegnativa) o per richiedere eventuali ulteriori informazioni.

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA DI CONSULENZA GENETICA (inviare a: segreteriagenetica@pec.aosp.bo.it)

STORIA PERSONALE

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI VALUTAZIONE GENETICA

STORIA PERSONALE DI PATOLOGIA (malattie rilevanti ed età alla diagnosi)

STORIA FAMILIARE

Parte 1 : I Suoi genitori e i Suoi nonni

	Cognome	Nome	Anno di nascita	È vivente?	Se no, età al decesso	Ha avuto patologie significative?	Se sì, tipo	Età alla diagnosi
Madre				☐ SÌ ☐ NO		☐ SÌ ☐ NO		
Nonna materna				☐ SÌ ☐ NO		☐ SÌ ☐ NO		
Nonno materno				☐ SÌ ☐ NO		☐ SÌ ☐ NO		
Padre				☐ SÌ ☐ NO		☐ SÌ ☐ NO		
Nonna paterna				☐ SÌ ☐ NO		☐ SÌ ☐ NO		
Nonno paterno				☐ SÌ ☐ NO		☐ SÌ ☐ NO		

Parte 2: I Suoi fratelli e le Sue sorelle

Ha fratelli e/o sorelle? ☐ Sì ☐ No

Se sì, compili la parte sottostante

[illegible]

Parte 3: I Suoi figli

Ha figli? ☐ **Sì** ☐ **No**

Se sì, compili la parte sottostante

[illegible]

Parte 4: I Suoi zii materni

Sua madre ha/aveva fratelli e/o sorelle?

☐ **Sì**

☐ **No**

Se sì, compili la parte sottostante

[illegible]

Parte 5: I Suoi zii paterni

Suo padre ha/aveva fratelli e/o sorelle? ☐ Sì ☐ No **Se sì, compili la parte sottostante**

[illegible]

Parte 6: Altri membri della famiglia

Per favore, riporti nella seguente tabella gli altri membri della Sua famiglia, affetti da patologie collegate alla richiesta di valutazione genetica, che non siano stati segnalati nelle precedenti schede, indicando la loro parentela con Lei

Cognome	Nome	Anno di nascita	Tipo di parentela con Lei	È vivente?	Se no, età al decesso	Patologie significative ai fini della valutazione genetica	Età alla diagnosi
				☐ SI ☐ NO			
				☐ SI ☐ NO			
				☐ SI ☐ NO			
				☐ SI ☐ NO			
				☐ SI ☐ NO			

Data di compilazione: __/__/____