

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

NOME COGNOME:

DATA DI NASCITA:

TELEFONO:

EMAIL:

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				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nonna materna				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nonno materno				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Padre				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nonna paterna				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nonno paterno				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Parte 2: I Suoi fratelli e le Sue sorelle

Ha fratelli e/o sorelle? Sì No

Se sì, compili la parte sottostante

Cognome	Nome	Anno di nascita	È vivente?	Se no, età al decesso	Ha avuto patologie significative?	Se sì, tipo	Età alla diagnosi
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Parte 3: I Suoi figli

Ha figli? Sì No

Se sì, compili la parte sottostante

Cognome	Nome	Anno di nascita	È vivente?	Se no, età al decesso	Ha avuto patologie significative?	Se sì, tipo	Età alla diagnosi
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Parte 5: I Suoi zii paterni

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

Cognome	Nome	Anno di nascita	È vivente?	Se no, età al decesso	Ha avuto patologie significative?	Se sì, tipo	Età alla diagnosi
			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		

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
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Data di compilazione: __/__/_____