



**Laboratorio di Genetica Medica**  
**UOC Genetica Medica**

**Modulo Richiesta Esami**

Rev. 12 04/04/2022

**DATI PAZIENTE**

Cognome e Nome ..... sesso.....

Nato a ..... in data .....

Residente a .....

Probando  Parente di\* .....

\* 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.....

Il consenso informato all'analisi genetica è stato raccolto?  SI  NO

Il consenso al trattamento dei dati genetici è stato raccolto?  SI  NO

**N.B. i consensi devono essere richiesti prima dell'inizio analisi**

**Regime di prestazione:**  RICOVERO o  DH (allegare autorizzazione direzione sanitaria)

ESTERNO (allegare Impegnativa)

**Attenzione!: nell'eventualità di documentazione incompleta non si procederà all'esecuzione dell'esame**

**ESAME RICHIESTO:** (specificare gene e patologia)

.....  
.....

Allegata relazione clinica?  SI  NO

**DATI MEDICO RICHIEDENTE**

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

Dr. ....

**Indirizzo completo per invio referto** .....

.....

Tel ..... e-mail: .....

**TIMBRO e Firma del Medico**

(data)