

**RICHIESTA ANALISI MULTIGENICA**

		<b>DATA RICHIESTA</b>			
<b>ANALISI MULTIGENICA</b> (Compilazione obbligatoria)		(Utilizzare la seconda pagina del presente modulo o inserire descrizione)			
<b>CAMPIONI INVIATI</b>		<input type="checkbox"/> Paziente	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Madre	
		<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Altro		
<b>TIPO CAMPIONE</b> (compilazione obbligatoria)		<input type="checkbox"/> Sangue in EDTA (2 provette tappo viola con 5-6 mL.)	<input type="checkbox"/> Saliva (in raccoglitori Oragene)	<input type="checkbox"/> DNA	
		<input type="checkbox"/> Altro (specificare)			
<b>PAZIENTE</b> (Compilazione obbligatoria)		Nome		Cognome	
		Data di nascita	Codice fiscale:		
		Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	Etnia:
		Indirizzo:	Via		
		CITTA'	PROV.	CAP	
		Telefono:	E-mail:		
		<b>DIAGNOSI O SOSPETTO CLINICO</b>			
<b>SI PREGA DI FORNIRE UNA SINOSI SUL FENOTIPO DEL PAZIENTE</b>					
<b>TEST GENETICI PRECEDENTI</b>		<input type="checkbox"/> Analisi cromosomica (specificare) <input type="checkbox"/> Altre indagini di biologia molecolare (specificare) <input type="checkbox"/> Consulenza Genetica			
<b>FAMIGLIA</b>		(Nome, cognome)		Grado di parentela	
		Data di nascita	Data Prelievo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				SINTOMATICO	
		(Nome, cognome)		Grado di parentela	
		Data di nascita	Data Prelievo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				SINTOMATICO	
		(Nome, cognome)		Grado di parentela	
		Data di nascita	Data Prelievo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				SINTOMATICO	
<b>INFORMAZIONI SUL MEDICO RICHIEDENTE</b> (compilazione obbligatoria)		(Nome, Cognome)		(Contatto)	
		(Denominazione, indirizzo)			
<b>IL CONSENSO INFORMATO È ALLEGATO ALLA PRESENTE RICHIESTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b> <b>IL CONSENSO INFORMATO È CONSERVATO PRESSO LA STRUTTURA MITTENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b> (compilazione obbligatoria)					

**R&I GENETICS srl**

 Torre della Ricerca  
 C.so Stati Uniti, 4 int. F  
 35127 Padova

Tel: 0498705062 – fax: 0498706696

www.researchinnovation.com

info@researchinnovation.com

