

## RICHIESTA ANALISI ESOMA/GENOMA\*

<b>DATA RICHIESTA</b>	
<b>ANALISI RICHIESTA</b> <small>(Compilazione obbligatoria)</small>	ESOMA <input type="checkbox"/> GENOMA <input type="checkbox"/>
<b>MODALITA'</b> <small>(Compilazione obbligatoria)</small>	<b>TRIO</b> <input type="checkbox"/> <b>DUO</b> <input type="checkbox"/>
<b>PER</b> <small>(Compilazione obbligatoria)</small>	Disturbi del neurosviluppo <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specificare
<b>PAZIENTE</b> <small>(Compilazione obbligatoria)</small>	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: _____
	Tipo campione: <input type="checkbox"/> Sangue in EDTA <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<b>GENITORI</b> <small>(Se richiesta analisi in TRIO, compilazione obbligatoria)</small>	Nome _____ Cognome _____
	Data di nascita _____ Data Prelievo _____ SINTOMATICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Grado di parentela _____
	Tipo campione: <input type="checkbox"/> Sangue in EDTA <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
	Nome _____ Cognome _____
	Data di nascita _____ Data Prelievo _____ SINTOMATICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Grado di parentela _____
	Tipo campione: <input type="checkbox"/> Sangue in EDTA <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<b>DIAGNOSI O SOSPETTO CLINICO</b>	..... ..... .....
<b>SI PREGA DI FORNIRE UNA SINOSI SUL FENOTIPO DEL PAZIENTE</b>	..... ..... .....
<b>TEST GENETICI NEGATIVI PRECEDENTI</b>	<input type="checkbox"/> Analisi cromosomica (specificare) <input type="checkbox"/> Altre indagini di biologia molecolare (specificare) <input type="checkbox"/> Consulenza Genetica
<b>INFORMAZIONI SUL MEDICO RICHIEDENTE</b> <small>(compilazione obbligatoria)</small>	..... <small>(Nome, Cognome)</small>
	..... <small>(Contatto)</small>
	..... <small>(Denominazione, indirizzo)</small>
<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> <small>(compilazione obbligatoria)</small>	
* VENGONO INDAGATI SOLO IPO/I RIPORTATO/I NELL'INDICAZIONE ALL'ANALISI	