

Si prega di scrivere chiaramente in STAMPATELLO. Il modulo verrà elaborato in modo elettronico. Inviare la copia originale unitamente al campione di sangue nell'apposita scatola di restituzione. **Tutti i campi sono obbligatori.**

Per uso interno
LCD/LCB

PraenaTest®



D2 Laboratorio inviante/Distributore

3.1
3.2
Codice cliente

D1 Medico responsabile *Sigla paese

Ambulatorio/Clinica

Titolo/Nome/Cognome

Via/N° civico

Sp* CAP/Località

Telefono/Fax ID (se noto)

D3 Informazioni sulla paziente

Nome/Cognome

Data di nascita (GG/MM/AAAA)

D4 Ordine di esecuzione del PraenaTest® * solo per gravidanza singola

Il risultato del test è disponibile normalmente nel giro di 2 settimane; scegliendo il servizio Express in una sola settimana (ai sensi delle Condizioni Commerciali Generali). Dopo aver consultato e ottenuto l'assenso del mio medico responsabile, scelgo la seguente opzione del test:

Opzione del test 1
Determinazione della trisomia fetale 21
 Servizio Express

Opzione del test 2
Determinazione della trisomia fetale 21, 18 e 13
 Servizio Express

Opzione del test 3*
Determinazione della trisomia fetale 21, 18 e 13 e delle aneuploidie gonosomiche
 Servizio Express

D5 Informazioni sulla gravidanza Data del prelievo di sangue (GG/MM/AAAA)

Gravidanza singola

Gravidanza plurima Numero di feti: Monocoriale: sì no

Settimana di gravidanza: + p.m. (settimana+giorno; min. SG 9+0, max. SG 32+1 p.m.)

Peso prima della gravidanza: kg Statura: cm

D6 Motivo dell'esame genetico

Età pari o superiore a 35 anni alla nascita del bambino

Precedente gravidanza con una aneuploidia fetale

Evidenze ecografiche riscontrate nel feto

Altri motivi di natura medica

Rischio genetico per una aneuploidia fetale

Rischio elevato di aneuploidia stabilito sulla base dei metodi di screening per la determinazione del rischio prenatale

D7 Notifica del risultato (è possibile scegliere più lingue per la notifica del risultato)

Tedesco Inglese Francese Italiano Olandese Turco

Determinazione del sesso richiesta: sì no

D8 Dichiarazione di consenso della paziente

Dopo aver ricevuto le informazioni e la consulenza previste dalle leggi nazionali vigenti, rilascio il mio consenso all'esame genetico programmato, apponendo qui la mia firma. Sono consapevole della mia facoltà di poter revocare per iscritto in qualsiasi momento tale consenso all'esecuzione dell'analisi. Anche in caso di rinuncia alla notifica del risultato dell'esame, sono comunque tenuta al pagamento della prestazione eseguita. Il risultato dell'esame può essere trasmesso al laboratorio inviante (se coinvolto) affinché provveda ad inoltrarlo al medico responsabile.

Acconsento che il mio materiale d'esame venga conservato e utilizzato in forma anonima ai fini del controllo qualità e di ricerca. sì no

Conferma dell'ordine da parte del medico responsabile ai sensi delle leggi nazionali vigenti. Il campione di sangue appartiene alla paziente indicata nel presente modulo, a condizione che il codice a barre sulla provetta di sangue e il codice a barre sul modulo coincidano. Nota: qualora dai due campioni di sangue si ottenesse una quantità di plasma inferiore a 3 ml, il plasma dei due campioni di sangue verrà unito al fine di poter eseguire un'analisi PraenaTest®. Nel caso in cui tale quantità totale fosse insufficiente, verrà richiesto un nuovo campione di sangue.

Località Data (GG/MM/AAAA) Firma del medico responsabile Firma della paziente