

**RICHIESTA ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE  
CARIOTIPO DA CULTURA LINFOCITARIA**

COD. LAB.
-----------

ENTE DI PROVENIENZA.....

MEDICO INVIANTE.....

FATTURARE A:     PAZIENTE     ENTE/MEDICO.....

\*\*\*in caso di fatturazione a paziente è obbligatorio il Codice Fiscale

**DATI PAZIENTE**

Cognome ..... Nome .....

Codice Fiscale ..... Nato a ..... il ..... / ..... / .....

Comune di Residenza..... Prov. .... CAP .....

Via ..... Tel. ....

Mail\* .....

\*Da indicare solo nel caso la paziente desideri il referto per e-mail quando previsto da accordi con il centro inviante

PARTNER\*    Cognome ..... Nome ..... Data di nascita.....

PADRE\*\*    Cognome ..... Nome ..... Data di nascita.....

MADRE\*\*    Cognome ..... Nome ..... Data di nascita.....

Indicazioni all'esame.....

RICHIESTA FISH: .....

**ANAMNESI PAZIENTE:**

Precedenti analisi genetiche: .....

Altre Osservazioni.....

**ANAMNESI FAMILIARE (disegnare a fianco eventuale albero genealogico):**

Note.....

.....

.....

.....

Timbro e firma del Medico.....

\*Compilare in pazienti adulti  
\*compilare in pazienti pediatrici

Riservato al Lab.
-------------------

**INFORMATIVA E CONSENSO PER L'ESECUZIONE DEL CARIOTIPO POSTNATALE**

**INFORMATIVA:**

L'indagine del cariotipo consiste nell'analisi dei cromosomi di un individuo. Viene effettuata esaminando cellule vitali in proliferazione, in un particolare stadio della divisione cellulare (metafase). Consente di definire il cariotipo (mappa cromosomica) e di identificare eventuali anomalie cromosomiche di numero e di struttura visualizzabili con le tecniche di bandeggio cromosomico.

Lo studio del cariotipo può essere eseguito sia in epoca prenatale, per avere informazioni sul cariotipo fetale, sia in epoca postnatale, per la conferma diagnostica in casi si sospetta patologia cromosomica o per lo screening di portatori di aberrazioni strutturali costituzionali, correlate al rischio riproduttivo.

Il cariotipo non è l'indagine di elezione per l'identificazione di anomalie strutturali nei casi di ritardo mentale, difetti congeniti, dismorfismi, essendo preferibile la tecnica degli array-CGH/SNP.

Il cariotipo non è l'indagine di elezione per l'identificazione delle anomalie strutturali in casi di sospetta sindrome da microdelezione, essendo in questo caso preferibile l'analisi FISH con sonde selezionate in base al sospetto clinico. Eventuali indagini FISH per specifiche regioni cromosomiche possono venir eseguite in caso di necessità di approfondimenti o specifici sospetti diagnostici.

**CONSENSO:**

Dopo essere stato/a informato/a del significato e delle implicazioni derivanti dal risultato delle indagini molecolari/citogenetiche che verranno eseguite su campione di sangue periferico altro tessuto .....

prelevato a me stesso mio/a figlio/a ..... di cui sono tutore legale

**DICHIARO**

di acconsentire all'esecuzione delle suddette indagini e

- autorizzo l'eventuale utilizzo di detto materiale biologico per approfondimenti diagnostici: SI NO
- autorizzo l'eventuale conservazione di detto materiale biologico secondo quanto riportato nell'informativa: SI NO
- autorizzo l'eventuale utilizzo di detto materiale e/o dei dati ottenuti nel rispetto dell'anonimato per studi/raccolte scientifiche: SI NO
- desidero essere informato di eventuali nuovi risultati o possibilità diagnostiche derivanti da suddetti studi: SI NO
- autorizzo la comunicazione/trasmisione telematica dei risultati nel rispetto delle normative vigenti al Medico/Centro inviante (Dr.....): SI NO
- acconsento ai sensi del D. Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 e nel rispetto dell'Autorizzazione n8/2013 del Garante della Privacy, che vengano trattati, raccolti ed archiviati i dati sensibili personali necessari per l'analisi presso il Laboratorio Citotest e/o Centri Specializzati partecipanti all'esecuzione del test: SI NO

Data.....

FIRMA (madre/padre per minori) .....

Medico/Sanitario che ha raccolto il consenso .....