



Servizio di Genetica Medica EOLAB Laboratorio di Citogenetica Via Mirasole 22a CH-6500 Bellinzona tel. 091 811 17 21 fax 091 811 17 19 email: eolab.citogenetica@eoc.ch	Spazio etichetta
--	------------------

Nr. ID LABOR: _____

RICHIESTA PER ESAMI DI CITOGENETICA POSTNATALE

P.F. compilare tutti i campi in entrambe le pagine della richiesta.

Cognome e nome del paziente.....Data di nascita.....

Medico richiedente.....Tel.....

Copia per conoscenza.....

Data e ora del prelievo.....

Materiale

Sangue periferico Altro.....

Analisi

Cariotipo¹

FISH¹: Anomalia da ricercare.....

¹**Analisi del cariotipo e FISH** → Sangue periferico (2-4 ml) in provette contenenti **eparina** (tappo verde).

Array-CGH²

Conservazione campione EDTA²

Invio campione (EDTA) per analisi biologia molecolare a²

²**Analisi Array-CGH e conservazione/invio campione** → Sangue periferico (2-4 ml per ciascuna analisi) in provette contenenti **EDTA** (tappo viola/rosa)

Indicazioni alla diagnosi postnatale

- sospetta Sindrome, quale.....
- controllo del cariotipo a scopo preconcezionale e/o per fecondazione assistita
- infertilità di eziologia sconosciuta
- anomalie del liquido seminale (azoospermia o severa oligospermia).....
- amenorrea primaria/secondaria o insufficienza ovarica.....
- genitali ambigui.....
- aborti spontanei/ripetuti.....
- feto o neonato con malformazioni di eziologia sconosciuta.....
- disabilità intellettiva.
- anomalia cromosomica in famiglia, quale.....
- fenotipo clinicamente anormale, quale.....
- anomalie della crescita (bassa statura, crescita eccessiva, micro e macrocefalia)
- anomalie congenite multiple.....
- altro

Informazioni cliniche

.....
.....
.....

Modalità invio campione

- ✓ Il materiale deve essere conservato e spedito a **temperatura ambiente**.
- ✓ Prelevare i campioni di sangue, preferibilmente il lunedì o martedì per l'analisi del cariotipo.
- ✓ I campioni devono essere spediti con il primo giro della Securitas (devono arrivare nel più breve tempo possibile). Per campioni fuori dal primo giro, avvisare telefonicamente il laboratorio ed eventualmente inviare con il Taxi (M-07-515).

**CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE**

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____

Confermo che nell'ambito di una consulenza genetica sono stata/o informata/o sui diversi aspetti di un'analisi genetica, descritti sul "Foglio informativo e consenso informato sulle analisi genetiche". Confermo di aver compreso l'informazione ricevuta e di aver avuto sufficiente tempo di riflessione.

Acconsento all'esecuzione della/e seguente/i analisi genetica/che:

_____ prenatale postnatale predittivo/presintomatico Per la seguente malattia: _____

Sul seguente campione biologico (p. es. sangue, fluido amniotico, tessuto): _____

Risultati inattesi: nel caso in cui le analisi rivelassero risultati non prettamente legati all'analisi richiesta (cosiddetti "risultati inattesi"), desidero essere informata/o come segue:

- Portatrice/ore di una malattia per la quale sono disponibili misure preventive e/o terapeutiche: SI NO
- Portatrice/ore di una malattia per la quale non sono ancora disponibili misure preventive / terapeutiche: SI NO
- Portatrice/ore sana/o di una malattia recessiva che potrebbe manifestarsi nella seguente generazione in parenti: SI NO
- Altra decisione: _____

Se non vengono date risposte a queste domande, si parte dal presupposto che la/il paziente NON vuole essere informata/o su risultati inattesi.

Conservazione e utilizzo del materiale biologico rimanente e di risultati di laboratorio per successive analisi

- Sono d'accordo che il materiale biologico rimanente e che i dati di laboratorio sono conservati per eventuali ulteriori analisi. Per ulteriori analisi è necessario il mio consenso. SI NO
Nel caso in cui la/il paziente decidesse di no, il campione biologico sarà distrutto dopo l'analisi!
- Sono d'accordo che il materiale biologico rimanente e che i dati di laboratorio possono venir usati in forma codificata per controlli di qualità. SI NO

L'uso del Suo campione biologico e dei dati di laboratorio per motivi di ricerca

- Sono d'accordo che il mio campione biologico e i miei dati di laboratorio possono venir usati in forma codificata per motivi di ricerca ed eventuali pubblicazioni. SI NO

Firma: _____ Luogo e data: _____

*(Paziente o rappresentante legale: Genitore / Tutore)***Medico consulente:**

Dichiaro di aver informato la/le persona/e nominata/e sopra, in base alla legge in vigore per esami genetici sull'essere umano (GUMG), sull'analisi genetica proposta compresi i limiti dell'analisi come pure di aver risposto alle domande poste.

Cognome: _____ Nome: _____

Firma: _____ Luogo e data : _____

Timbro: