

# MODULO DI RICHIESTA ESAME PRENATALSAFE

## MEDICO / CENTRO INVIANTE



Nome / Timbro

## DATI DELLA GESTANTE

Prot. No.: \_\_\_\_\_ (uso interno)  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_  
 CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Data del prelievo: \_\_\_\_\_  
 Si tratta di un secondo prelievo?  SI;  NO

## DATI GRAVIDANZA

Settimana di gravidanza \_\_\_\_\_ + giorni \_\_\_\_\_  
 Età gestazionale determinata mediante:  
 Ecografia;  Ultime Mestruazioni;  Trattamento PMA  
 Gravidanza gemellare?  NO  SI; ( Monocoriale;  Bicornale)  
 Gravidanza da procreazione assistita?  NO;  SI  
 Tipo di fecondazione:  Omologa  Eterologa Maschile  
 Eterologa femminile  Embriodonazione  
 Ginecologo di fiducia: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo e Città: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

## TIPO DI TEST DA ESEGUIRE

GeneSAFE™ Inherited  GeneSAFE™ *de novo*  
 GeneSAFE™ Complete (Inherited + *de novo*)  
 PrenatalSAFE® COMPLETE (PrenatalSAFE® Karyo + GeneSAFE™ Complete)  
 PrenatalSAFE® COMPLETE Plus (PrenatalSAFE® Karyo Plus + GeneSAFE™ Complete)  
 Si vuole conoscere il sesso del feto?  SI;  NO  
 Test Standard  Protocollo FAST  
 Integrazione RhSafe®?  SI;  NO  
 (gratuita e applicabile solo in gravidanze con gestante Rh negativa e partner Rh positivo; è necessario produrre referti attestanti il fattore Rh della coppia).

## Richiesta di esami aggiuntivi (opzionali):

Cariotipo su sangue periferico partner Maschile  
 Cariotipo su sangue periferico partner Femminile  
 Pannello malattie genetiche partner Femminile (Fibrosi Cistica 34 mut. + Sordità Ereditaria + Atrofia Muscolare Spinale (SMA) + X-Fragile)  
 Pannello malattie genetiche partner Maschile (Fibrosi Cistica 34 mut. + Sordità Ereditaria - principali mut. + Atrofia Muscolare Spinale - SMA)  
 GeneScreen® (screening genetico multiplo di 700 malattie ereditarie)  
 RhSafe® (determinazione del fattore Rh fetale)  Altro: \_\_\_\_\_

## INDICAZIONE ALL'ESAME

Età Materna Avanzata;  Età Paterna Avanzata;  Ansietà  
 Anomalie fetali o riscontri ecografici patologici/dubbi:  
 Tipo riscontro ecografico: \_\_\_\_\_  
 Precedente gravidanza con aneuploidia;  
 Screening 1^ trimestre (Bi-Test) positivo;  
 Partner portatore di malattia genetica:  Femminile;  Maschile  
 Specificare malattia \_\_\_\_\_  
 Specificare mutazione e gene: \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_  Nessuna specifica indicazione  
 La gestante sta assumendo farmaci?  SI;  NO  
 Indicare nome farmaco: \_\_\_\_\_

## DATI DEL PARTNER MASCHILE

Da compilare solo se vengono richiesti esami genetici per il partner maschile:

Nome \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

## MODALITA' DI FATTURAZIONE

MEDICO / CENTRO INVIANTE  
 PAZIENTE (annotare il codice fiscale nell' anagrafica della gestante)



## MODALITA' DI REFERTAZIONE

MEDICO / CENTRO INVIANTE  
 PAZIENTE  
 E-mail, all'indirizzo \_\_\_\_\_  
 On-Line;  Posta

Per attivare la refertazione online al paziente è obbligatorio fornire una username e password da indicare di seguito:

Username: indirizzo e-mail del paziente  
 Password: \_\_\_\_\_  
 Io sottoscritto \_\_\_\_\_

autorizzo ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

FIRMA \_\_\_\_\_

# Check list per la gestione del campione



1

## Prima della raccolta

Controllo della documentazione da allegare al campione

- Modulo di richiesta esame compilato
- Consenso informato compilato
- Eventuale documentazione sulla storia clinica del paziente da allegare



3

## Prima della spedizione

Etichettatura della provetta

- Nome e cognome del paziente
- Data di nascita del paziente
- Data e ora del prelievo



2

## Raccolta del campione

1 provetta (tappo mimetico), 10 ml, sangue periferico (minimo 8 ml)

- Controllo data scadenza della provetta. La provetta (sia prima che dopo il prelievo) deve essere conservata a temperatura ambiente (15-25°C) fino al momento della spedizione
- Utilizzo degli aghi in dotazione
- Dopo la raccolta del campioneappare accuratamente la provetta, sigillarla con il parafilm in dotazione e agitarla delicatamente invertendola ripetutamente (almeno 10 volte)
- In caso di collasso della vena, eseguire una seconda venopuntura con una nuova provetta



4

## Preparazione della spedizione

Allocazione della provetta all'interno della spugna contenuta nel contenitore in cartone in dotazione per il trasporto

- Non refrigerare il campione. Il campione deve essere conservato a temperatura ambiente (15-25°C) fino al momento della spedizione
- Spedire il campione il prima possibile. Il campione si considera idoneo all'analisi se tra il giorno del prelievo e l'arrivo in laboratorio sono intercorsi al max 5 giorni
- Chiudere con cura la scatola



5

## Spedizione

Preparazione del pacco e ritiro del corriere

- Inserire nella scatola GeneSafe™ la documentazione necessaria all'accettazione del campione (vedi step 1) e il contenitore rosso contenente la provetta
- Inserire la scatola nella busta del corriere (in dotazione) e sigillare
- Inserire nell'apposita custodia trasparente, sulla busta del corriere, la stampa della lettera di vettura ricevuta via mail (NO per comune Roma e comune Milano)
- Per prenotare il ritiro del campione inviare email a [logistica@laboratorigenoma.it](mailto:logistica@laboratorigenoma.it), con oggetto "ritiro kit GeneSafe™" specificando:
  - data e fascia oraria continuativa di almeno 3 ore di disponibilità per il ritiro
  - indirizzo (e specifiche aggiuntive come reparto, piano, persona di riferimento etc.)
  - numero di kit da spedire
  - altro (esigenze particolari, note per il corriere)
  - in caso di necessità chiamare il centralino al numero 06. 881 1270 e selezionare il dipartimento "Logistica"

