|  |
| --- |
| DATI DELL’ASSISTITO |
| *Cognome (codice identificativo se anonimo):* | *Nome:* |
| *Indirizzo:* |
| *CAP:* | *Comune:* | *Prov.:* |
| *Luogo nascita:* | *Data nascita (età se anonimo):* | *Sesso:*M 🞎 F 🞎 |
| *Cod. Fiscale:* |
| *Tel.:* | *Cell.:* |
| *e-mail:* | *Fax:* |

|  |
| --- |
| **TIPO DI RICHIESTA** a cura del medico invianteURGENTE SI 🞎 NO🞎 |
| 🞎 Postnatale | 🞎 Prenatale (indicare settimane di gestazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| ***INDAGINI GENETICHE RICHIESTE:*** |
| ***SEQUENZIAMENTO:*** |
| ***MLPA*** |
| ***NGS*** |
|
| ***ALTRO:*** |
| ***NOTE…. (famigliarità…)*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medico inviante:** | *Cognome e nome:* |
| *Ente d’appartenenza:*  |
| *Indirizzo:*  |
| *CAP:*  | *Comune:*  | *Pr.:*  |
| *Tel.:* | *Email:*  |
| **Destinatario referto:***(se diverso da med. inviante)* | *Cognome e nome:* |
| *Indirizzo:*  |
| *CAP:*  | *Comune:*  | *Pr.:*  |
| *Tel.:*  | *Email:* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Materiale biologico inviato:** | 🞎 SANGUE 🞎 DNA 🞎 ALTRO (specificare) |
| **Dichiaro di agire con il consenso informato scritto del mio assistito o suo genitore/tutore, come da norme vigenti. Sarà mia cura segnalare eventuali richieste in merito all’uso del materiale biologico inviato.** | *Data:*\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | *Firma e timbro del medico inviante o genetista biologo che ha raccolto il consenso informato:* |

*Compilato da laboratorio B.I.R.D*

✂

✂

✂

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data compilazione:* | *Note:* | *Codice identificativo del campione:* |
| *Compilato da:* |

*MOD\_LAB\_gen\_002 – parte anonimizzata per il laboratorio*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **URGENTE** SI 🞎 NO 🞎 | *Iniziale**cognome:* | *Iniziale**nome:* | *Età:* | *Sesso:*🞎 M / 🞎 F  | ***Codice identificativo:*** |
| **Campione biologico** | **Quantità** | *Indagine richiesta:* |
| Sangue in EDTA |  | 🞎 Prenatale (U.M. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) | 🞎 Presintomatico | *Data compilazione:* |
| Sangue su carta |  | 🞎 Sequenziamento | 🞎 MLPA | 🞎 NGS | 🞎 Altro (specificare) | *Compilato da:* |
| DNA |  | *Familiarità:* | *Data impegnative:* |
| Altro |  | *Note:* | *Data accettazione:* |
|  | *Data termine lavoro:* |
| **Operazioni sul campione** | **Stoccaggio campione** |
| Operatore | Operazione | Data |  | Sangue | DNA |  |
|  | Prelievo ematico |  | Conc.: |  |  |  |
|  | Estrazione DNA |  | Ratio: |  |  |  |
|  |  |  | Quantità: |  |  |  |
|  |  |  | Scatola: |  |  |  |
|  |  |  | Freezer: |  |  |  |
|  | Seconda lettura |  | Cassetto: |  |  |  |
| *NOTE (indicare la NON IDONEITÀ del campione)* |

***Istruzioni per la compilazione:***

*Va compilata solo la parte superiore del modulo (la parte inferiore è riservata al laboratorio). I campi da compilare sono:*

1. *Urgenza: barrare il riquadro Urgenza indicando il motivo dell’urgenza (sono considerate ragioni valide: gravidanza, le situazioni nelle quali la determinazione genetica della patologia comporta un’alterazione radicale della terapia )*
2. *Dati dell’assistito:*
	1. *Per i campioni anonimi indicare alla voce “cognome” il codice identificativo del campione e alla voce data di nascita l’età del soggetto alla data di compilazione. È inoltre necessario compilare i campi: provincia di residenza, luogo nascita e sesso*
3. *Dati indagine richiesta: specificare il tipo d’indagine, l’indicazione (es. diagnosi clinica, sospetto diagnostico, parente affetto), famigliarità (es. madre portatrice di mutazione …, cugino affetto da …); barrare le apposite caselle nel caso di test prenatali o presintomatici; ev. allegare relazione clinica*
4. *Dati Medico inviante: Compilare i campi con i dati del medico inviante e della struttura d’appartenenza. Alla voce “Codice regionale del medico” inserire il codice regionale del medico o per i medici sprovvisti, un codice a 10 caratteri cosi composto: 2 lettere indicanti la provincia dell’ordine dei medici d’appartenenza, 6 numeri con il codice d’iscrizione all’ordine dei medici (con eventuali 0 a sinistra), 2 caratteri con la sigla “CH” indicante Medico Chirurgo o “OD” per odontoiatra (es. GO 001264 CH)*
5. *Dati del destinatario del referto: se diverso dal medico inviante (i referti possono essere inviati esclusivamente ad un genetista che li trasmetterà all’assistito fornendo tutte le informazioni necessarie per la loro corretta interpretazione)*
6. *Materiale biologico: indicare il materiale biologico inviato segnalando per i campioni ematici la data del prelievo e l’anticoagulante utilizzato, per i campioni di DNA/RNA la metodica d’estrazione, la concentrazione e la ratio 260/280.*
7. *Data, firma e timbro del Medico inviante o da chi ha raccolto il consenso informato. Questa vale anche come dichiarazione sostitutiva al consenso informato.*

***Istruzioni per la spedizione di campioni all’istituto:***

*Contattare* l’Istituto *prima dell’invio dei campioni per informazioni dettagliate sui test disponibili (le modalità d’invio,i campioni biologici idonei, la documentazione necessaria e i tempi d’attesa).*

*Sono accettati come campioni biologici sangue in EDTA e DNA estratto. Non tutti i campioni biologici sono adatti per tutte le procedure disponibili, in casi particolari i test possono essere eseguiti anche su campioni biologici diversi da quelli indicati (es. spot di sangue, RNA, cDNA, cellule in coltura, frammenti tissutali, tessuti fissati). Contattare il laboratorio per concordare la possibilità di utilizzare altri tipi di campioni biologici.*

*I campioni ematici devono essere mantenuti a +4°C se spediti entro 48 ore dal prelievo e a -20°C se spediti dopo 48 ore dal prelievo. I campioni di DNA devono essere mantenuti a -20°C al riparo dalla luce UV. La spedizione va fatta a temperatura ambiente utilizzando un contenitore secondario a norme IATA mediante corriere espresso con consegna entro 24 ore. Contattare il laboratorio per altri tipi di consegna.*

*Ogni campione inviato deve essere accompagnato dal presente modulo (compilato, firmato e timbrato), dal consenso informato (firmato dall’assistito e controfirmato dal medico), dalle impegnative necessarie o dall’impegno di spesa dell’ospedale (richiesta di prestazione specialistica esterna firmata dal medico e dalla direzione sanitaria). E’ gradita la presenza di una breve relazione clinica.*

***Attenzione!*** *Per ottenere l’esonero dal pagamento del ticket è necessario che sulle impegnative sia presente il codice d’esenzione. Nel caso del codice d’esenzione per sospetta malattia rara (R99999) è necessario che sia il medico specialista pertinente a richiedere la prestazione. Più precisamente, il medico specialista può direttamente compilare le impegnative del Servizio Sanitario Nazionale (ricette rosse, ricette dematerializzate) indicando il codice d’esenzione R99999 oppure tali impegnative possono essere emesse dal medico di famiglia che deve barrare la casella “S” (suggerita) sull’impegnativa che in questo caso deve essere accompagnate da una ricetta bianca del medico specialista che prescrive tale indagine. Nel caso della sola impegnativa del SSN emessa da parte del medico di famiglia non è possibile applicare il codice d’esenzione per sospetta malattia rara (R99999).*

*Per qualsiasi domanda o chiarimento è possibile contattare l’Istituto ai seguenti recapiti:*

 *Tel.:+39 0444 555557 Fax:+39 0444 1429779 E-mail:* *consulenze@birdfoundation.org*

R:\Segreteria\Nuovo MOD\_LAB\_gen\_002 RICHIESTA ANALISI GENETICA - Rev. 18 - 01-02-2022.docx

|  |
| --- |
| ***NOTE*** |
|  |