

Data prelievo: _____

Struttura richiedente l'analisi: _____

Numero di accettazione o etichetta SynlabNet _____
(Solo per le sedi SYNLAB)

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____ Sesso: M F

Codice fiscale _____

Esame Richiesto:

9900 Cariotipo su sangue periferico standard

1423 Cariotipo su sangue periferico ad alta risoluzione

Indicazione all'analisi:

- CONSULENZA PRECONCEZIONALE
 - STERILITA'
 - ABORTIVITA' DI COPPIA
 - SOSPETTO CLINICO (da specificare nelle righe sottostanti)
-
-
-
-

- PRESENZA DI ANOMALIE IN CONSANGUINEO (specificare anomalia e grado di parentela)
-
-
-
-

N.B.: Si rende noto che l'analisi verrà eseguita **SOLO** se:

- La scheda risulterà compilata IN TUTTE LE SUE PARTI
- Il prelievo sarà inviato in provette contenenti Litio-Eparina
- Il campione deve pervenire in laboratorio entro 24/48h dal prelievo

CONSENSO INFORMATO ANALISI CITOGENETICA SU SANGUE PERIFERICO

L'indagine citogenetica post-natale ha lo scopo di accertare la presenza di anomalie cromosomiche numeriche e/o strutturali. Tale indagine prevede:

- 1) compilazione accurata della SCHEDA PAZIENTE e del CONSENSO INFORMATO;
- 2) prelievo di 3 ml di sangue periferico in 1 provetta di Litio Eparina correttamente etichettate;
- 3) allestimento di coltura cellulare e dei preparati cromosomici, uso di tecniche di colorazione differenziale, la ripresa a microscopio e l'elaborazione digitale;
- 4) refertazione secondo le linee guida del CONSENSUS 2007.

OBIETTIVO

Accertamento/esclusione di anomalie cromosomiche di dimensioni uguali o superiori alle 10Mb.

L'analisi non fornisce informazioni su singoli geni e quindi non può rilevare eventuali malattie legate ad essi (es. Fibrosi Cistica o Talassemia)

RISCHI

- 1) riscontro di anomalie cromosomiche che pongono problemi interpretativi (es.: riscontro di due o più linee cellulari con diverso cariotipo, di riarrangiamenti cromosomici complessi, etc...) che potrebbero indirizzare, ad esempio, verso l'estensione dell'analisi citogenetica ai genitori/consanguinei.
- 2) in rari casi (<2%) non è possibile determinare il cariotipo a causa di una ridotta crescita cellulare; in tali casi si rende necessario ripetere il prelievo.
- 3) in caso di presenza di coaguli di sangue nella provetta pervenuta in laboratorio si renderà necessario ripetere il prelievo.
- 3) ematoma da prelievo.

Il laboratorio non è tenuto a conservare i materiali biologici, anche nel caso in cui non sia stato utilizzato l'intero campione prelevato; le eventuali eccedenze vengono eliminate, tranne nel caso in cui il paziente presti il Suo consenso al loro utilizzo per scopi di ricerca.

Acconsente Non acconsente

Qualora il paziente acconsenta, i risultati dei suoi esami potranno essere utilizzati per attività di ricerca scientifica o di formazione sanitaria, in forma anonima.

Acconsente Non acconsente

Il paziente acconsente alla comunicazione/trasmisione telematica dei risultati nel rispetto delle normative vigenti al Medico/Centro inviante (Dr/Dr.ssa.....)

Acconsente Non acconsente

La/il sottoscritto (in caso di minori: il genitori/tutore): _____

Nato/a il _____

in qualità di Me stesso Padre Madre Tutore di _____

Dichiara di aver compreso le informazioni sopra riportate e di acconsentire all'esecuzione dell'analisi citogenetica su sangue periferico (vedi scheda di accettazione) per

Me stesso Mio/a figlio/a il mio assistito

Firma per accettazione _____

Firma del medico/operatore che ha raccolto il consenso _____