

Non scrivete in questa zona grigia. Per uso interno esclusivo di Juno Genetics.	Numero di Juno Genetics	Data di ricevimento	Ricevuto da

**Le sezioni contrassegnate con (*) sono da compilare obbligatoriamente per richiedere il test.*

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE		DETTAGLI DELLA CLINICA DI RIFERIMENTO	
Nome del paziente *		Nome del medico di riferimento*	
Numero di clinica del paziente *		Email del medico *	
Data di nascita del paziente *	gg / mm / aaaa	Clinica di riferimento *	
Numero di telefono/email del paziente*		Email a cui inviare i risultati *	

INDICAZIONE CLINICA *
<input type="checkbox"/> Ecografia anomala
<input type="checkbox"/> Gravidanza ad alto rischio determinata da: <input type="checkbox"/> Amniocentesi <input type="checkbox"/> Analisi dei villi coriali <input type="checkbox"/> Test prenatale non invasivo Cariotipo fetale determinato da un precedente test prenatale: _____
<input type="checkbox"/> Aborti precedenti: Numero _____
<input type="checkbox"/> Cariotipo/i parentale/i aneuploide/i: Paziente femmina: _____ Paziente maschio: _____
<input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> Sconosciuto

INFORMAZIONI CLINICHE			
Data della perdita della gravidanza		Età gestazionale stimata	_____ (settimane) _____ (giorni)
Tipo di campione	<input type="checkbox"/> Curettage convenzionale <input type="checkbox"/> Aborto spontaneo <input type="checkbox"/> Altro: _____		
Metodo di concepimento *	<input type="checkbox"/> Naturale <input type="checkbox"/> FIVET IUI: <input type="checkbox"/> Ovuli propri <input type="checkbox"/> Ovuli donati		
Tipo di gestazione *	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Multiplo: Numero di feti _____		
Data di raccolta del campione	gg / mm / aaaa		

RICHIESTA DI TEST DEL POC TEST DA PARTE DI UN PROFESSIONISTA SANITARIO AUTORIZZATO*			
Certifico di essere legalmente autorizzato a richiedere esami medici o a utilizzare informazioni mediche e che i dati del paziente forniti in questo modulo sono accurati al meglio delle mie conoscenze. Ho spiegato il test e le sue limitazioni al/ai paziente/i e ho risposto a tutte le domande relative al meglio delle mie capacità. Confermo che il paziente ha compilato e firmato il consenso informato per il test POC e che ne ho una copia. Accetto di fornire qualsiasi informazione aggiuntiva richiesta da Juno Genetics, se necessario.			
Firma dell'operatore sanitario di riferimento autorizzato*		Data della richiesta*	gg / mm / aaaa