

Non scrivere in questa zona grigia. Per uso interno riservato a Juno Genetics	ID assegnato da Juno Genetics	Data di ricezione	Ricevuto da

**Le sezioni contrassegnate (*) sono obbligatorie da compilare per richiedere il test*

DATI PAZIENTE		DATI CLINICA DI PROVENIENZA	
Nome della paziente *		Medico richiedente*	
ID paziente *		E-mail di contatto*	
Data di nascita *	gg / mm / aaaa	Clinica di riferimento *	
Patient email		Email dove inviare i risultati *	

INDICAZIONE CLINICA *
<input type="checkbox"/> Età materna avanzata (> 35 anni) <input type="checkbox"/> Basso rischio/ Scelta personale <input type="checkbox"/> Screening positivo su siero materno <input type="checkbox"/> Ecografia anormale <input type="checkbox"/> Storia clinica familiare o personale indicativa di un aumento del rischio per le aneuploidie cromosomiche <input type="checkbox"/> Altro _____

INFORMAZIONI CLINICHE			
Età gestazionale *	_____ settimane e _____ giorni		
Metodo di datazione della gravidanza*	<input type="checkbox"/> Ultimo ciclo mestruale <input type="checkbox"/> Data dell'impianto <input type="checkbox"/> Lunghezza corona-groppa <input type="checkbox"/> Altro: _____		
Tipo di gravidanza	<input type="checkbox"/> Naturale <input type="checkbox"/> IVF	Data del prelievo ematico*	
	<input type="checkbox"/> Donazione ovocitaria <input type="checkbox"/> IUI	Data di nascita della donatrice	gg / mm / aaaa
Peso della gestante (kg)		Altezza della gestante (cm)	
Tipo di gravidanza *	<input type="checkbox"/> Singola <input type="checkbox"/> Gemellare <input type="checkbox"/> Gemello scomparso		
Informazioni mediche rilevanti per il test (selezionare solo se presenti)	<input type="checkbox"/> Recente trasfusione di sangue <input type="checkbox"/> Cancro <input type="checkbox"/> Immunoterapia o terapia con cellule staminali <input type="checkbox"/> Mosaicismo/Chimera <input type="checkbox"/> Trapianto <input type="checkbox"/> Altro _____		

TIPO DI TEST RICHIESTO	
NEO24 TEST	Screening per le aneuploidie fetali di tutti cromosomi. Se l'aneuploidia è identificata in una gravidanza gemellare, non è possibile determinare quale feto ne sia affetto.
Si desidera che vengano refertati i cromosomi sessuali? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
*Qualora venga rilevata un'anomalia che interessa i cromosomi sessuali, il sesso viene indicato anche se è stato selezionato "No". Per le gravidanze gemellari, viene refertata unicamente la presenza del cromosoma Y. Le anomalie che interessano i cromosomi sessuali non sono riportate per le gravidanze gemellari.	

RICHIESTA DEL NEO TEST DA PARTE DI UN PROFESSIONISTA SANITARIO AUTORIZZATO *			
Certifico di essere legalmente autorizzato a richiedere esami 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 NEO scelto e che ne ho una copia. Accetto di fornire qualsiasi informazione aggiuntiva richiesta da Juno Genetics, se necessario.			
Firma del medico*		Data *	gg / mm / aaaa