



RICHIESTA DI INDAGINE CITOGENETICA DA MATERIALE ABORTIVO

Cognome Nome

Luogo di nascita Data...../...../.....

Residenza

Telefono

N. registro (spazio riservato al laboratorio)

Tessuto/i inviati:

- Trofoblasto Frammento cute fetale Sangue fetale Liquido amniotico
- altro

Dati Clinici:

Data U.M/...../..... Età gestazionale apparente

Dati clinici o ecografici significativi

.....

.....

Dati anamnestici:

- Precedenti gravidanze (esclusa la presente) N
- Precedenti aborti spontanei N
- Precedenti nati vivi N
- Precedenti nati morti N
- Precedenti nati malformati N

Ospedale e Reparto/Servizio inviante

Data.....

Timbro e firma del Medico richiedente
(firma leggibile)