



RICHIESTA DI INDAGINE CITOGENETICA PRENATALE

Cognome Nome

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

N. registro
(spazio riservato al laboratorio)

Residenza

Data U.M/...../.....

Età gestazionale.....

Telefono

Tessuto/i inviati:

- Liquido amniotico CC Aspetto
- Sangue fetale CC Trofoblasto altro

Indicazione:

- Età materna
- Tritest
- Anomalia/marker ecografico (specificare)
- Prelievo eseguito per altra diagnostica
- Altro (specificare).....

Eventuali ulteriori informazioni:.....

Eventuali altre analisi specifiche da predisporre sullo stesso campione oltre al cariotipo

(Indagini molecolari, etc):.....

Ospedale e Reparto inviante

Data.....

Timbro e firma del Medico richiedente
(firma leggibile)