



## **RICHIESTA DI INDAGINE CITOGENETICA SANGUE PERIFERICO**

Cognome..... Nome..... Sesso M F

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

**N. registro** .....  
(spazio riservato al laboratorio)

Residenza.....

Telefono..... GRAVIDANZA NO SI UM.....

Partner/Altro..... Cognome..... Nome..... Sesso M F

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

**N. registro** .....  
(spazio riservato al laboratorio)

**Ospedale e Reparto/Servizio inviante**.....

Provenienza: ambulatoriale Sì No DH..... Reparto.....

Medico inviante: .....

Indicazione all'esame:.....  
.....

Eventuale terapia in corso:.....

### **Esame richiesto:**

- cariotipo costituzionale standard da sangue periferico
- cariotipo costituzionale da sangue periferico ad alta risoluzione
- cariotipo costituzionale ad alta risoluzione per specifiche regioni cromosomiche:.....
- FISH (specificare): .....
- Ricerca mosaicismo.....
- Altro.....

Data.....

Timbro e firma del Medico

.....