



**Laboratori Campisi**

LC laboratori Campisi  
Corso Vittorio Emanuele 231  
96012 Avola (SR)  
Tel: 0931 832499 – Fax: 0931 814068



## **RICHIESTA DI CARIOTIPO DA MATERIALE ABORTIVO**

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

### **Dati anagrafici della Signora:**

Cognome.....

Nome.....

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

Residenza.....  
.....

**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 .....

Data.....

.....  
Medico Richiedente  
(firma leggibile)