



Ospedale Regionale
"A. CARDARELLI"
Campobasso
ANATOMIA PATOLOGICA
Laboratorio di Citogenetica
Tel. 0874 409201
Fax 0874 409293

**MODULO DI RICHIESTA PER
INDAGINE CITOGENETICA SU
MATERIALE ABORTIVO**

M 68
Rev 0 del 13.04.19
Pagina 1 di 1

DATI PAZIENTE

COGNOME E NOME _____

DATA NASCITA _____ LUOGO NASCITA _____

N. CARTELLA CLINICA _____ DATA U.M. _____ Sett. Gest. _____

INDICAZIONE ALL'ESAME _____

INVIANTE (medico, reparto, ospedale, recapito telefonico) _____

PRESUNTA DATA INTERRUZIONE GRAVIDANZA IN CASO DI ABORTO SPONTANEO _____

ANAMNESI FAMILIARE (infertilità, poliabortività, malattie genetiche e/o malformazioni congenite eventualmente presenti nella famiglia della paziente ed in quella del partner)

DATI SU EVENTUALI GRAVIDANZE PRECEDENTI

NATI VIVI _____ NATI MORTI _____ ABORTI SPONTANEI _____ ABORTI TERAPEUTICI _____ IVG _____

MATERIALE INVIATO:

- Villi coriali**
- Membrane**
- Funicolo**
- Cute e/o altri tessuti embrio-fetali** _____
- Materiale da revisione cavità uterina**
- sangue fetale** (2-3 ml di sangue eparinato)

DATA : ____/____/____

Firma medico inviante