

	RICHIESTA ANALISI GENI BRCA1-BRCA2 SU PRELIEVO DI SANGUE V.P.	MODU.SC.009	Rev. 5
SC Genetica Medica U	MODULO	Data emissione 16.04.2019	Pagina 1 di 1

Laboratorio Genetica Molecolare presidio Molinette, via Santena, 19 - 10126 Torino - tel 011-6336771 - fax 011-6335181

Spazio riservato al personale della segreteria

DNA n. _____ Cartella clinica n. _____

Provette pervenute in N°: _____ Contrassegnate: _____ Data arrivo campione: _____

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

COGNOME _____
 NOME _____
 DATA DI NASCITA _____
 LUOGO DI NASCITA _____
 Sesso: Femmina Maschio
 TEL _____
 E-mail _____

MEDICO RICHIEDENTE al quale verrà inviato il referto

COGNOME _____
 NOME _____
 OSPEDALE _____
 SC/SS/Ambulatorio _____
 Qualifica: Genetista Altro specialista
 TEL _____ FAX _____
 E-mail _____

Probando **Familiare** (numero cartella del probando se già esistente [riportata sul referto] _____)

SI RICHIEDE: estrazione DNA + conservazione (**0270:** 91.36.5 x 1 + 91361.0 x 1)

analisi completa dei geni BRCA1 e BRCA2 (ricerca di mutazione ignota) (**0602:** 91.30.3 x 16)

- prelievo da eseguire c/o Centro Prelievi OIRM-Sant'Anna (eseguito il : ___ / ___ / _____)
- si inviano 2 provette di sangue da 4 ml (EDTA tappo viola – dal lunedì al giovedì)
prelevate in data ___ / ___ / _____ dalla struttura richiedente

percorso diagnostico: tumore ovarico tumore della mammella soggetto sano a rischio

note: _____

ricerca di mutazione puntiforme nota in famiglia di BRCA1 o BRCA2 (**0628:** 91.30.3 x 1 + 91.38.6 x 1)

specificare gene, esone e mutazione nel box (il test comprende la conferma del risultato su seconda estrazione di DNA):

nel caso si tratti di una **delezione/duplicazione** nota in famiglia da ricercare con metodica MLPA annullare il codice 0628 e richiedere il **profilo 0110** (91.30.2 x 2) + **profilo 0125** (91.30.2 x 2) per la conferma del risultato su seconda estrazione.

- prelievo da eseguire c/o Centro Prelievi OIRM-Sant'Anna (eseguito il : ___ / ___ / _____)
- si inviano 2 provette di sangue da 4 ml (EDTA tappo viola – dal lunedì al giovedì)
prelevate in data ___ / ___ / _____ dalla struttura richiedente

Documenti in allegato:

- impegnativa/DEMA del Medico richiedente coerente con il tipo di analisi richiesta
- richiesta tracciato C5 coerente con il tipo di analisi richiesta
- questionario per la raccolta della familiarità oncologica (obbligatorio per i probandi)
- esame istologico / relazione clinica (obbligatorio per i soggetti malati)
- referto analisi genetica del parente nel quale è stata identificata la mutazione (obbligatorio per i familiari)

Firma e timbro del
 Medico Richiedente: _____

consenso informato allegato
 archiviato dal Medico Richiedente

Data della richiesta: _____

Si prega il medico richiedente di compilare in stampatello leggibile