



Patologia - gene/i da analizzare

Anagrafica del paziente:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____

C.F.: _____

Tel. _____ e-mail _____

Data prelievo _____ Codice identificativo inserito dal laboratorio MAGI _____

PROBANDO

FAMILIARE del PROBANDO

ISTITUTO/CENTRO DOVE E' STATO EFFETTUATO IL PRELIEVO

MEDICO/CLINICO REFERENTE : _____

NUMERO DI TELEFONO _____ FAX _____

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA a cui inviare il referto

(indirizzo email di posta certificata) _____

SI DICHIARA DI AVER RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALL'ESECUZIONE DEL TEST GENETICO.

DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO REFERENTE

MAGI'S LAB srl ROVERETO (TN)	Mod 7.5.1-13 SCHEDA CLINICA PAZIENTE	
---------------------------------	---	--

Osservazioni:

Patologia all'esordio:

- Sede _____
- Età _____
- Evoluzione _____

Disturbi associati: _____

Familiarità

Genitori _____

Fratelli/sorelle _____

Figli _____

Nipoti _____

Altri consanguinei _____

Altre malattie genetiche familiari anamnestiche _____

ALBERO GENEALOGICO (ove disponibile)

