

Diagnostica prenatale

Cognome		☐ F ☐ M
Nome		Data di nascita
Indirizzo Via, Nr.		
CAP/NPA	Località	
Telefono	Vostro numero di riferimento	
E-Mail		
c/o (rappresentante legale)		

Data del prelievo	Ora	Altezza (cm)	☐ Gravidanza SDW Giorni
Visto		Peso (kg)	

Motivo della richiesta ☐ Malattia ☐ Infortunio ☐ Prevenzione ☐ Gravidanza

Dati clinici / Quesito diagnostico

Richiedente

Referto

☐ Urgenza ☐ Telefono ☐ Parziale ☐ Interpretazione
☐ Copia al paziente
☐ Copia ad altri:

Fatturazione

☐ Cassa Malati ☐ Paziente ☐ Richiedente ☐ Altri
 Assicurazione:

Nr. assicurato (per invalidità: numero di caso e AVS):

Ulteriori informazioni :

Indagini

SDG Giorni
 +

☒ Test del primo trimestre (CRL 45–84 mm) ° ☐
☒ Preeclampsia-screening (CRL 45–84 mm) ° ☐
☒ Preeclampsia-diagnostica (da 20 SDG; sFlt-1/PIGF)

☒ AFP (SDG 14+1 a 19+0)

Materiale

☒ Siero con Gel separatore ☒ Corretto
☐ Refrigerato ☒ Errato

Dati relativi alla paziente e alla gravidanza per il test del primo trimestre e lo screening della preeclampsia

Informazioni generali:	Peso della paziente : _____ kg Altezza della paziente : _____ cm	Importante: Centrifugare il sangue dopo completa coagulazione e conservarlo in frigorifero. Il siero deve essere consegnato al laboratorio refrigerato il giorno stesso del prelievo; in caso contrario, separare il siero e conservarlo congelato.
Fumatrice:	☐ No ☐ Sì, numero di sigarette _____ al giorno	

Origine etnica:

☐ Europea e Nordafricana	☐ Afro-caraibica
☐ Sud-est asiatico (Indonesia, Malesia, Thailandia, Vietnam)	☐ Mista
☐ Asia meridionale (Bangladesh, India, Pakistan)	☐ Altro _____
☐ Asia orientale (Cina, Giappone, Corea)	

Diabete: ☐ No ☐ Sì: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Diabete gestazionale
☐ Dietetico ☐ Insulino-dipendente ☐ Dietetico ☐ Insulino-dipendente

Anomalie in gravidanze precedenti: ☐ No ☐ Sì: ☐ Trisomia 21 ☐ Difetto del tubo neurale
☐ Trisomia 13 ☐ Aborto a cause sconosciute
☐ Trisomia 18 ☐ Altro _____

Gravidanza ottenuta mediante IVF/ICSI: ☐ No ☐ Sì: Data del prelievo degli ovociti: ____ . ____ . ____
 Data della fecondazione: ____ . ____ . ____
 Data del trasferimento embrionale: ____ . ____ . ____
In caso di donazione di ovociti: data di nascita della donatrice: ____ . ____ . ____

Ecografia: (CRL 45 – 84 mm)

Data dell'ecografia: ____ . ____ . ____
 Numero di feti: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ____

Lunghezza vertice-sacro (CRL): ____ . ____ mm feto 1 Lunghezza vertice-sacro (CRL): ____ . ____ mm feto 2
 Traslucenza nucale: ____ . ____ mm feto 1 Traslucenza nucale: ____ . ____ mm feto 2

In caso di gravidanza gemellare: ☐ dicoriale-diamniotica ☐ monocoriale-monoamniotica ☐ monocoriale-diamniotica
 Vanishing Twin ☐ No ☐ Sì

Informazioni supplementari per lo screening della preeclampsia

Pressione arteriosa: (Si prega di effettuare 2 misurazioni per ciascun braccio)

Data misurazione pressione arteriosa: ____ . ____ . ____

Braccio sinistro: Pressione arteriosa 1: ____ / ____ mmHg
 Pressione arteriosa 2: ____ / ____ mmHg

Braccio destro: Pressione arteriosa 1: ____ / ____ mmHg
 Pressione arteriosa 2: ____ / ____ mmHg

Si prega di completare anche le informazioni sul retro relative all'anamnesi e alla sonografia Doppler dell'arteria uterina (facoltativo)!

Informazioni supplementari per lo screening della preeclampsia

Anamnesi:

Parità: _____

Gravidanza(e) precedente(i):

Numero di gravidanze precedenti (SDG > 23): _____

Parti spontanei: Numero tra 16-30 SDG: _____

Numero tra 31-36 SDG: _____

Numero tra/dopo 31-37 SDG: _____

Anni tra l'ultima nascita e la data presunta del parto: _____

Bambino precedente: Peso alla nascita: _____ g

EG alla nascita: _____ settimana + _____ giorno

Ipertensione cronica: ☐ No ☐ Sì

Lupus eritematoso sistemico: ☐ No ☐ Sì

Sindrome da antifosfolipidi: ☐ No ☐ Sì

Pregresse gravidanze con PE: ☐ No ☐ Sì

PE nella madre della gestante: ☐ No ☐ Sì

Concezione: ☐ Spontanea

☐ Induzione dell'ovulazione senza IVF

Ecografia:
(facoltativo)

Sonografia Doppler dell'arteria uterina:

Data della sonografia Doppler: _____

A. uterina PI sinistra: _____ A. uterina PI destra: _____

Esami genetici

NIPT (da SDG 9+0):

- SR** ☐ Screening per le trisomie più frequenti (NIPT di base) °
T21, T18, T13
- ☐ + Screening per le aneuploidie dei cromosomi sessuali °
es. X0, XXX, XXY, XYY
(Possibilità limitata in caso di gravidanza gemellare)
- ☐ + Screening per trisomie/monosomie e per delezioni e duplicazioni (≥ 7 Mb) di tutti i cromosomi (NIPT esteso) ° *

- SR** ☐ Determinazione del fattore RhD fetale (tra 18-24 SDG) °
(Possibilità limitata in caso di gravidanza gemellare)

Stato RhD della gestante: ☐ negativo ☐ positivo

Profilassi anti-D: ☐ No ☐ Sì

Materiale

SR Cell-Free DNA (cfDNA) (provetta Streck)

☒ Corretto

☒ Errato

Importante: È necessaria 1 provetta Streck (10 ml) oppure, in caso di determinazione simultanea del RhD fetale, 2 provette Streck (ciascuna da 10 ml). Il prelievo NON deve essere effettuato con aghi Butterfly! Se il campione viene conservato durante la notte o a temperature superiori a 25 °C, si consiglia di riportarlo in frigorifero.

Dati relativi alla paziente e alla gravidanza per il NIPT (Compilare tutti i campi)

Anamnesi:

- ☐ Rischio aumentato all'ETT: T21: 1: _____ T13/18: 1: _____ ☐ Nessun ETT eseguito ☐ Volontà
- ☐ Esito dell'ecografia: _____ ☐ Altro: _____

Gravidanza:

SDG al momento del prelievo di sangue: _____

SDG _____ Giorni _____

☐ + ☐

Gravidanza gemellare: ☐ No ☐ Sì

Vanishing Twin: ☐ No ☐ Sì

Peso della paziente: _____ kg

Altezza della paziente: _____ cm

Modulo di consenso

Confermo di essere stato/a informato/a dal medico riguardo all'esame di laboratorio programmato e ai relativi costi. Acconsento all'esecuzione del/dei test e mi dichiaro d'accordo a sostenere i costi qualora non fossero coperti dalla cassa malati. I miei campioni/risultati possono essere utilizzati in forma anonima per scopi di ricerca: ☐ No ☐ Sì

Luogo, data

Firma della paziente

Luogo, data

Firma della Dottoressa / del Dottore

☐ Ulteriori analisi: