

Timbro Medici/Laboratori

Scheda di Accettazione
Bi-Test e Pre-eclampsia
da inviare a Eurofins Genoma Group

(*Campi obbligatori)

Data*: _____

DATI ANAGRAFICI* (Compilare in stampatello e selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

Nome*: _____ Cognome*: _____ Data di nascita*: _____

Codice fiscale*: _____ Luogo di nascita*: _____ Prov.: _____

Tipo di Campione: Siero

Gruppo etnico*:

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Europeo o nordafricano | <input type="checkbox"/> Africano/caraibico | <input type="checkbox"/> Etnia mista |
| <input type="checkbox"/> Etnia sconosciuta o altra etnia | <input type="checkbox"/> Sud asiatico | |
| <input type="checkbox"/> Est asiatico | <input type="checkbox"/> Sud-est asiatico | |

Peso (kg)*: _____ Altezza (cm)*: _____ Fumo*: Sì No

DATI ECOGRAFICI* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Data ecografia: __ / __ / ____ Data UM: _____ EG: _____ Età donatrice: _____

CRL (compreso tra 45 e 85 mm): _____ mm NT: _____ mm DBP: _____ mm

<input type="checkbox"/> Gravidanza singola	<input type="checkbox"/> Gravidanza gemellare <input type="checkbox"/> Vanishing twin	<input type="checkbox"/> Bicornale/biamniotica <input type="checkbox"/> Monocoriale/biamniotica <input type="checkbox"/> Monocoriale /monoamniotica
---	--	---

Soft markers:

<input type="checkbox"/> Osso nasale <input type="checkbox"/> Foci ecogenici cardiaci <input type="checkbox"/> Cisti plessi corioidei	<input type="checkbox"/> Femore corto <input type="checkbox"/> Intestino iperecogeno <input type="checkbox"/> Arteria ombelicale	<input type="checkbox"/> Pielectasia <input type="checkbox"/> Omero corto <input type="checkbox"/> Altro: _____
---	--	---

ANALISI RICHIESTA* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

- Bi- Test** **Elaborazione Bi-Test** **Pre-eclampsia**

Data _____

Firma Ginecologo/Operatore: _____

Timbro Medici/Laboratori

da inviare a Eurofins Genoma Group

(*Campi obbligatori)

MODALITA' DI FATTURAZIONE E REFERTAZIONE* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Indicare preferenze di invio:

DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (Secondo scheda conoscitiva)

PAZIENTE - Online (Compilare campi sottostanti)

Fattura

Referto

Informazioni per fatturazione al paziente:

Indirizzo e-mail: _____

Indirizzo di residenza: _____ n. _____ CAP: _____ Città: _____

Informazioni per refertazione al paziente:

Indirizzo E-mail: _____ Numero di telefono: _____

Le indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito <https://www.laboratorigenoma.eu/>.

Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi del Reg. EU 2016-679 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

FIRMA* _____

Firma dei genitori e/o tutori _____

Da compilare a cura del Personale Eurofins Genoma (Indicare il numero e il tipo di campioni pervenuti):

- SIERO
- Sangue periferico (EDTA) n° _____
- Sangue periferico (EPARINA) n° _____
- Altro (Specificare) _____ n° _____

Data e Ora:

Sigla:

Questo documento è utilizzato da Eurofins Genoma Group, in qualità di **Responsabile del Trattamento**. Tale documento può contenere informazioni di carattere estremamente riservato e confidenziale. Qualora venga smarrito e/o sia in Suo possesso, La preghiamo gentilmente di informarci immediatamente al numero di telefono + (39) 06.8811270 oppure di inviargli tempestivamente al seguente indirizzo: Eurofins Genoma Group - Laboratori e Studi Medici c/o Via Castel Giubileo, 11 - 00138 Roma. Qualsiasi utilizzo non autorizzato del contenuto di questo documento costituisce violazione dell'obbligo di non prendere visione della corrispondenza tra altri soggetti, salvo più grave illecito, ed espone il responsabile alle relative conseguenze civili e penali.