

Etichetta (*a cura di Synlab)

Data prelievo: _____ Data accettazione (*a cura di Synlab) _____

Struttura richiedente l'analisi: _____

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____ Sesso: M F

Codice fiscale _____

Esame Richiesto:

- 9900 Cariotipo su sangue periferico standard
- 1423 Cariotipo su sangue periferico ad alta risoluzione

Indicazione all'analisi:

- CONSULENZA PRECONCEZIONALE
- STERILITA'
- ABORTIVITA' DI COPPIA
- SOSPETTO CLINICO – Dettagliare: _____

- PRESENZA DI ANOMALIE IN CONSANGUINEO - Specificare anomalia, grado di parentela ed allegare il referto: _____

N.B.: Si rende noto che l'analisi verrà eseguita **SOLO** se:

- La scheda risulterà compilata IN TUTTE LE SUE PARTI
- Il prelievo sarà inviato in provette contenenti Litió-Eparina
- Il campione perverrà in laboratorio entro i tempi specificati da vademecum/circolare

Firma Operatore Sanitario.....

CONSENSO INFORMATO ANALISI CITOGENETICA SU SANGUE PERIFERICO

Da compilare in mancanza di consenso Regione Lombardia oppure di consenso dello specialista compilato in tutte le sue parti.

Secondo le norme vigenti, per le analisi di genetica è obbligatorio il consenso informato relativo all'analisi richiesta, completo di timbro e firma dello specialista/genetista che ha condotto la consulenza.

L'indagine citogenetica post-natale ha lo scopo di accertare la presenza di anomalie cromosomiche numeriche e/o strutturali dei cromosomi di dimensioni uguali o superiori alle 10 Mb. Tale indagine prevede:

- 1) compilazione accurata della SCHEDA PAZIENTE e del CONSENSO INFORMATO;
- 2) prelievo di 3 ml di sangue periferico in 2 provette di Litio Eparina correttamente etichettate;
- 3) allestimento di coltura cellulare e dei preparati cromosomici, uso di tecniche di colorazione differenziale, ripresa a microscopio ed elaborazione tramite software dedicati;
- 4) refertazione secondo le linee guida SIGU e versione corrente ISCN.
- 5) le fotografie dei preparati vengono conservati per la durata di 20 anni secondo normativa vigente e poi successivamente distrutti.

RISCHI E LIMITI

- 1) È possibile riscontrare anomalie cromosomiche di difficile interpretazione (es.: riscontro di due o più linee cellulari con diverso cariotipo, di riarrangiamenti cromosomici complessi, etc...) che potrebbero indirizzare ad approfondimenti con altre metodiche o ad estensione dell'analisi citogenetica ai genitori/consanguinei.
- 2) in rari casi (<2%) non è possibile determinare il cariotipo a causa di una ridotta crescita cellulare; in tali casi si rende necessario ripetere il prelievo.
- 3) farmaci come antimitotici, immunosoppressori ecc. possono interferire sulla crescita cellulare e rendere impossibile l'analisi
- 3) in caso di presenza di coaguli di sangue nella provetta pervenuta in laboratorio si renderà necessario ripetere il prelievo.
- 4) il test non rileva anomalie cromosomiche di dimensioni inferiori alle 10Mb
- 5) L'analisi non fornisce informazioni su singoli geni e quindi non può rilevare eventuali malattie legate ad essi (es. Fibrosi Cistica o Talassemia)

COGNOME _____ NOME _____

(in caso di minori: il genitori/tutore)

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

in qualità di Me stesso Padre Madre Tutore di _____

DICHIARO

- di aver ricevuto una dettagliata informazione sulle indagini genetiche che verranno eseguite in seguito al prelievo di campione biologico e di aver compreso l'utilità ed i limiti dell'analisi genetica propostami;
- di essere consapevole che il consenso può essere da me revocato in qualsiasi momento dandone comunicazione scritta alla struttura Synlab presso cui mi sono rivolto;
- di prendere atto ed accettare che caso di revoca del consenso, il test non potrà essere eseguito. In caso di revoca del consenso dopo l'esecuzione del test, i campioni già prelevati e consegnati, nonché gli eventuali referti già emessi, verranno immediatamente distrutti, fermo restando che non sarà possibile ottenere il rimborso di quanto già pagato per l'esecuzione del test;

Pertanto,

1. **ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO** al prelievo del materiale biologico per l'esecuzione dei/del test

2. **ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO**

a conoscere eventuali notizie inattese che mi riguardano, qualora queste ultime rappresentino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia o di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive.

In caso di consenso al punto 2, si autorizza a chiamare il seguente n° di telefono _____.

Data _____

IL PAZIENTE (o Genitore/Tutore)

IL MEDICO SPECIALISTA/GENETISTA

Nome e cognome _____

Timbro _____

FIRMA _____

FIRMA _____