

## ANALISI GENETICHE PER FUTURI GENITORI: RICHIESTA D'ANALISI

Vi preghiamo di completare quanto segue. Va compilata una richiesta individuale per ogni membro della coppia.

Questi test di screening per lo status di portatore non sono coperti dall'assicurazione sanitaria. In caso di test diagnostici (ad es. per disturbi della fertilità), si prega di utilizzare il modulo di domanda standard. Per i costi dei vari pannelli e test, contattare SYNLAB.

Scelta	Pannelli proposti	FC	SMA	XFRA	Emo	Cario
<input type="radio"/>	Base, Lui	●	*	–	●	–
<input type="radio"/>	Base, Lei	*	●	●	●	–
<input type="radio"/>	Completo	●	●	●	●	●
<input type="radio"/>	Personalizzato	○	○	○	○	○

FC – fibrosi cistica; SMA - atrofia muscolare spinale; XFRA – X fragile; Emo – emoglobinopatie; Cario – cariotipo.  
 \* FC e SMA: è possibile eseguire il test solo ad un partner della coppia.

### Paziente

- Confermo che ho ricevuto una spiegazione adeguata in merito alle analisi genetiche qui menzionate e che ho avuto abbastanza tempo per porre domande e per riflettere.

Nome Cognome:	Indirizzo:
Data di nascita:	
Firma del paziente:	Luogo e data:

Dopo esecuzione del test il mio campione di DNA:

- deve essere conservato dal laboratorio per eventuali (anche più di uno) altre analisi aggiuntive  
 può essere utilizzato dal laboratorio dopo anonimizzazione per le sue analisi di controllo  
 deve essere distrutto (nessuna analisi supplementare sarà possibile).

**Medico**

---

- Confermo di aver fornito una consulenza al paziente in merito ai test genetici riportati qui sopra e di aver ricevuto il loro consenso per l'esecuzione del test.

Nome:	Indirizzo:
Firma del medico:	

**Preghiamo di gentilmente inviare il formulario compilato al laboratorio SYNLAB, [genetics.ti.ch@synlab.com](mailto:genetics.ti.ch@synlab.com)**

PF fornire 2 tubi di Sangue-EDTA (+ un tubo di sangue-eparina se cariotipo).