



LABORATORI ITALIANI RIUNITI

Sede Legale: Via Filettine, 87 – 84016 PAGANI (SA)
Email: amministrazione@lirspa.com – Tel: +39 081 191 438 23
C.F. - P.IVA: 10811810968
www.lirspa.com

Informativa relativa al TEST COMBINATO per la determinazione del rischio di anomalie cromosomiche nel I trimestre di gravidanza

Che cosa è e a cosa serve il TEST COMBINATO

Il test combinato consiste nella misurazione ecografica (da effettuarsi tra 11+0-13+6 settimane di gravidanza) della translucenza nucale (NT), spessore del liquido raccolto a livello della nuca del feto e in un prelievo di sangue materno (da effettuarsi tra 9+0-13+6 settimane di gravidanza – preferibilmente tra 10+0-12+6) attraverso il quale sono dosate due proteine (PAPP-A e free β -hCG). Questi parametri sono integrati dall'età e dai dati clinico-anamnestici della gestante per calcolare il rischio specifico di ogni singola gestante.

Il test è considerato positivo (alto rischio) se il rischio calcolato è compreso tra 1:2 ed 1:300: in questi casi è offerta alla gestante la possibilità di sottoporsi ad una procedura diagnostica mediante prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o sangue materno (test genetico prenatale non invasivo).

Il test è considerato negativo (basso rischio) se il rischio calcolato è inferiore a 1:300, cioè da 1:301 in poi.

Limiti del TEST COMBINATO

- 1) Il test combinato presenta una sensibilità di circa il 90%, cioè ha la capacità di identificare 90 feti affetti da sindrome di Down ogni 100 test eseguiti su feti affetti (identifica 90 feti affetti su 100).
- 2) Il test ha comunque un numero di falsi positivi pari al 7%: 7 donne ogni 100 test eseguiti avranno un test positivo, ma il feto non risulterà affetto da Sindrome di Down. La positività infatti esprime esclusivamente un aumentato rischio statistico relativo alla gravidanza in atto e non indica che il feto sia sicuramente affetto da un'anomalia cromosomica.
- 3) Un test negativo significa che la madre è a basso rischio statistico di avere un figlio affetto da trisomia 21, 18 o 13, anche se ciò non significa che "certamente" il feto non sarà affetto.

È importante sottolineare quindi che il test non fornisce indicazioni diagnostiche.

Solo l'esecuzione di accertamenti diagnostici, amniocentesi o test genetici, consente attualmente di confermare o escludere con certezza in epoca prenatale una anomalia cromosomica del feto.

Preparazione e norme di comportamento

Non occorre alcun tipo di preparazione. Non è necessario il digiuno.

Informativa relativa al TEST COMBINATO per la determinazione del rischio di anomalie cromosomiche nel I trimestre di gravidanza

Rischi e possibili effetti collaterali

Gli esami che compongono questo test non sono invasivi per cui non comportano alcun rischio né per la gestante né per il feto.

Calcolo del rischio basato solo sulla Ecografia con valutazione della TRANSLUCENZA NUCALE

Nei casi in cui non sia stato possibile effettuare il prelievo per il dosaggio su sangue materno delle due proteine (PAPP-A e free β -hCG), è possibile calcolare il rischio di anomalie cromosomiche utilizzando la translucenza nucale, ma, in questo caso, si riduce molto la sensibilità del test, cioè la capacità di identificare i feti affetti.

ACCONSENTO al prelievo ematico

NON ACCONSENTO

Data ___/___/___

Firma _____

Rev.01	Del 01/09/2022	Mod04-DSG-8.2-01
		Pagina 1 di 2



**LABORATORI
ITALIANI RIUNITI**

Sede Legale: Via Filettine, 87 - 84016 PAGANI (SA)
Email: amministrazione@lirspa.com - Tel: +39 081 191 438 23
C.F. - P.IVA: 10811810968
www.lirspa.com

DATI ANAGRAFICI

- COGNOME _____
- NOME _____
- DATA DI NASCITA: _____/_____/_____
- DATA PRELIEVO: _____/_____/_____
- DATA ULTIMA MESTRUAZIONE: _____/_____/_____
- DATA ECOGRAFIA: _____/_____/_____
- MISURAZIONE CRL: _____mm
- TRASLUCENZA NUCALE: _____mm

FATTORI DI CORREZIONE UTILIZZATI SUL DATO BIOCHIMICO

- PESO MATERNO: _____Kg
- FUMO: SI NO
- ORIGINE ETNICA (se diversa da Caucasica/Europea):
 Africa centrale Asiatica Ispanica
- DIABETE MELLITO SI NO
- FECONDAZIONE IN VITRO,
STIMOLAZIONI OVARICHE,
ALTRO... SI NO
- PRECEDENTI NATI AFFETTI
DA CROMOSOMOPATIE SI NO
- PRIMA GRAVIDANZA SI NO
- GRAVIDANZA GEMELLARE SI NO

Data ___/___/___

Firma _____

Rev.01	Del 01/09/2022	Mod04-DSG-8.2-01
		Pagina 2 di 2



LABORATORI ITALIANI RIUNITI

Sede Legale: Via Filettine, 87 – 84016 PAGANI (SA)
Email: amministrazione@lirspa.com – Tel: +39 081 191 438 23
C.F. - P.IVA: 10811810968
www.lirspa.com

INFORMAZIONI PER IL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

L'HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) è il virus che causa l'AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), una malattia infettiva che attacca e compromette gravemente le difese del nostro organismo mettendo a rischio la vita, se non curata. Una persona che contrae l'HIV diventa sieropositiva e può trasmettere l'infezione ad altre persone. Tutti possiamo contrarre l'HIV. L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti con persone sieropositive, tramite sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone sieropositive), oppure da madre sieropositiva a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento.

COS'È IL TEST. L'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un test che consiste in un normale prelievo di sangue che, analizzato, diagnostica la presenza o meno dell'infezione da HIV. È articolato in due livelli: un test di I livello, cui segue, in caso di esito positivo o dubbio, un test di II livello o di conferma, l'unico in grado di conferire la totale certezza del risultato. Il test serve a rilevare la presenza nel sangue degli anticorpi anti-Hiv, che si sviluppano solo se la persona che fa il test è venuta in contatto con il virus. Il risultato del test è positivo se si riscontra la presenza di anticorpi contro il virus (sieropositività all'HIV), è negativo quando nel sangue non vi è traccia degli anticorpi (sieronegatività all'HIV). Il periodo di formazione degli anticorpi anti-Hiv può variare da un minimo di qualche settimana fino a 6 mesi dopo che si è venuti a contatto col virus. Il test per l'HIV verifica solo la presenza o meno degli anticorpi al virus, ma non dà nessuna informazione sullo stato di salute e sul sistema immunitario.

Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza in quanto esistono terapie specifiche per ridurre fortemente la trasmissione dell'HIV dalla mamma al figlio. È necessario, quindi, che la coppia che pensa di avere un figlio si sottoponga al test HIV prima della gravidanza o al suo inizio per tutelare la propria salute e quella del bambino.

IL TEST È VOLONTARIO. Nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per motivi di necessità clinica e nel suo interesse.

E' importante sapere che una diagnosi precoce potrebbe consentire una scelta più ampia di cura.

LA TUTELA DELL'ANONIMATO E DELLA RISERVATEZZA

Il test HIV è gratuito e si può chiedere che venga eseguito in anonimato, in ogni caso è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale, anche per le persone straniere prive del permesso di soggiorno. La comunicazione del risultato del test HIV può essere data esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo (Legge 135 del 5 giugno 1990).

La legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 679/2016, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ oppure
Tutore, curatore, amministratore di sostegno o esercente la potestà genitoriale di (si allega documentazione probatoria) dopo aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario propositomi, liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

ACCONSENTO al prelievo ematico

NON ACCONSENTO

Data ___/___/___

Firma _____

Rev.00	Del 01/09/2022	Mod05-DSG-8.2-01
		Pagina 1 di 1



LABORATORI ITALIANI RIUNITI

Sede Legale: Via Filettine, 87 – 84016 PAGANI (SA)
Email: amministrazione@lirspa.com – Tel: +39 081 191 438 23
C.F. - P.IVA: 10811810968
www.lirspa.com

INFORMATIVA E CONSENSO RELATIVO AI TEST GENETICI PRENATALE E POSTNATALE

Le analisi genetiche comprendono le analisi di specifici geni, del loro prodotto o della loro funzione e ogni altro tipo di analisi del DNA, dell'RNA o dei cromosomi, al fine di identificare mutazioni o anomalie nel patrimonio genetico. Le mutazioni individuate o le anomalie genetiche riscontrate possono portare a diagnosi di malattia o confermare un sospetto clinico in un individuo affetto, oppure possono evidenziare mutazioni associate ad una malattia genetica che potrà svilupparsi in un individuo non affetto (test presintomatici) o, ancora, a valutare la maggiore o minore suscettibilità di un individuo a sviluppare malattie multifattoriali (test predittivo o di suscettibilità). Per eseguire l'analisi genetica è necessario il prelievo di un campione biologico (sangue, campione epiteliale, o altro). Dal campione raccolto vengono estratti gli acidi nucleici (DNA o RNA) sui quali viene ricercata l'anomalia genetica o la mutazione, responsabile della patologia sospettata. Le metodiche applicate variano a seconda del tipo di alterazioni del DNA che è necessario studiare e che a sua volta dipende dal tipo di malattia genetica sospettata dal medico specialista.

- COGNOME: _____

- NOME: _____

- DATA DI NASCITA: _____ / _____ / _____

- LUOGO DI NASCITA _____

- CODICE FISCALE _____

- RESIDENTE _____

- VIA _____

- RECAPITO TELEFONICO _____

- E-MAIL _____

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. Pertanto ACCONSENTO al prelievo e alla conservazione del materiale biologico per l'esecuzione di:

sul materiale biologico: sangue periferico tampone buccale liquido amniotico

altro (indicare) _____;

Rev.00	Del 01/09/2022	Mod03-DSG-8.2-01
		Pagina 1 di 2



**LABORATORI
ITALIANI RIUNITI**

Sede Legale: Via Filettine, 87 – 84016 PAGANI (SA)
Email: amministrazione@lirspa.com – Tel: +39 081 191 438 23
C.F. - P.IVA: 10811810968
www.lirspa.com

ACCONSENTO

all'utilizzo del mio campione biologico da parte di LABORATORI ITALIANI RIUNITI SPA, con sede legale a PAGANI (SA), in via FILETTINE 87 per scopo diagnostico.

SI NO

Che il materiale biologico possa essere utilizzato in futuro, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per ulteriori indagini a fini diagnostici presso il centro che esegue le analisi. SI NO

Che il materiale biologico possa essere utilizzato in futuro, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per ulteriori indagini a fini diagnostici presso altri centri, anche fuori dall'Unione Europea. SI NO

Essere informata/o circa i risultati delle ulteriori indagini a fini diagnostici effettuate. SI NO

Essere informata/o dei risultati delle analisi anche in relazione a notizie inattese, che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza delle scelte riproduttive. SI NO

Che il materiale biologico e i loro referti anonimizzati possano essere utilizzati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per scopi di ricerca e/o per studi finalizzati alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico e per informazioni sulle prestazioni del laboratorio. SI NO

Essere informata/o circa i risultati della ricerca. SI NO

DATA ____/____/____

FIRMA _____

*** NOTA: SEZIONE DA COMPLETARSI SOLO NEL CASO IN CUI LA PERSONA CHE COMPILA IL MODULO RICHIEDA LA PRESTAZIONE NON PER SÉ MA PER CONTO DI UN MINORE/SOGGETTO TERZO ***

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver conferito dati personali relativi al soggetto sopra indicato, di poter legittimamente rilasciare i consensi al loro trattamento di cui sopra e sottoscrivere il presente modulo per conto di tale soggetto in qualità di:

GENITORE TUTORE ALTRO (specificare): _____

NOME: _____ COGNOME: _____ NATO/A A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ VIA _____

DATA ____/____/____

FIRMA _____

Rev.00	Del 01/09/2022	Mod03-DSG-8.2-01
		Pagina 2 di 2



LABORATORI ITALIANI RIUNITI

Sede Legale: Via Filettine, 87 – 84016 PAGANI (SA)
Email: amministrazione@lirspa.com – Tel: +39 081 191 438 23
C.F. - P.IVA: 10811810968
www.lirspa.com

INFORMATIVA E CONSENSO RELATIVO AI TEST TOSSICOLOGICI PER LE DROGHE D'ABUSO

- COGNOME _____

- NOME _____

- DATA DI NASCITA: _____/_____/_____
- LUOGO DI NASCITA _____/_____/_____
- CODICE FISCALE _____/_____/_____
- RESIDENTE _____/_____/_____
- VIA _____/_____/_____
- RECAPITO TELEFONICO _____/_____/_____
- E-MAIL _____/_____/_____
- MEDICO RICHIEDENTE _____/_____/_____ (in caso di richiesta aziendale)

DICHIARO

- di essere stato informato in merito agli accertamenti sanitari da eseguire per verificare l'assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti e attesto che il campione consegnato è originale, non contraffatto, che mi appartiene ed è correttamente identificato.

- di aver compreso che i risultati analitici saranno comunicati in maniera confidenziale al medico competente che ne ha fatto richiesta (*in caso di richiesta aziendale*)

In applicazione delle "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi ai sensi dell'intesa Stato-Regioni 30/10/2007 (G.U. n.266 del 15/11/2007) e dell'accordo Stato-Regioni del 18/09/2008 (G.U. n.236 del 08/10/2008)".

ACCONSENTO

A essere sottoposto/a ad accertamenti ematici/urinari per l'esecuzione del test di accertamento per abuso di sostanze stupefacenti, per il quale sono consapevole che è necessario effettuare un prelievo ematico o consegnare un campione di urina.

[] SI [] NO

Data ____/____/_____

Firma _____

Rev.00	Del 01/09/2022	Mod06-DSG-8.2-01
		Pagina 1 di 2



**LABORATORI
ITALIANI RIUNITI**

Sede Legale: Via Filettine, 87 - 84016 PAGANI (SA)
Email: amministrazione@lirspa.com - Tel: +39 081 191 438 23
C.F. - P.IVA: 10811810968
www.lirspa.com

*** NOTA: SEZIONE DA COMPLETARSI SOLO NEL CASO IN CUI LA PERSONA CHE COMPILA IL MODULO RICHIEDA LA PRESTAZIONE NON PER SÉ MA PER CONTO DI UN MINORE/SOGGETTO TERZO ***

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver conferito dati personali relativi al soggetto sopra indicato, di poter legittimamente rilasciare i consensi al loro trattamento di cui sopra e sottoscrivere il presente modulo per conto di tale soggetto in qualità di:

GENITORE TUTORE ALTRO (specificare): _____

NOME: _____ COGNOME: _____ NATO/A A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ VIA _____

DATA _____ FIRMA LEGGIBILE _____

Rev.00	Del 01/09/2022	Mod06-DSG-8.2-01
		Pagina 2 di 2



LABORATORI ITALIANI RIUNITI

Sede Legale: Via Filettine, 87 – 84016 PAGANI (SA)
Email: amministrazione@lirspa.com – Tel: +39 081 191 438 23
C.F. - P.IVA: 10811810968
www.lirspa.com

Informativa relativa al TEST COMBINATO per la determinazione del rischio di anomalie cromosomiche nel I trimestre di gravidanza

Che cosa è e a cosa serve il TEST COMBINATO

Il test combinato consiste nella misurazione ecografica (da effettuarsi tra 11+0-13+6 settimane di gravidanza) della translucenza nucale (NT), spessore del liquido raccolto a livello della nuca del feto e in un prelievo di sangue materno (da effettuarsi tra 9+0-13+6 settimane di gravidanza – preferibilmente tra 10+0-12+6) attraverso il quale sono dosate due proteine (PAPP-A e free β -hCG). Questi parametri sono integrati dall'età e dai dati clinico-anamnestici della gestante per calcolare il rischio specifico di ogni singola gestante.

Il test è considerato positivo (alto rischio) se il rischio calcolato è compreso tra 1:2 ed 1:300: in questi casi è offerta alla gestante la possibilità di sottoporsi ad una procedura diagnostica mediante prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o sangue materno (test genetico prenatale non invasivo).

Il test è considerato negativo (basso rischio) se il rischio calcolato è inferiore a 1:300, cioè da 1:301 in poi.

Limiti del TEST COMBINATO

- 1) Il test combinato presenta una sensibilità di circa il 90%, cioè ha la capacità di identificare 90 feti affetti da sindrome di Down ogni 100 test eseguiti su feti affetti (identifica 90 feti affetti su 100).
- 2) Il test ha comunque un numero di falsi positivi pari al 7%: 7 donne ogni 100 test eseguiti avranno un test positivo, ma il feto non risulterà affetto da Sindrome di Down. La positività infatti esprime esclusivamente un aumentato rischio statistico relativo alla gravidanza in atto e non indica che il feto sia sicuramente affetto da un'anomalia cromosomica.
- 3) Un test negativo significa che la madre è a basso rischio statistico di avere un figlio affetto da trisomia 21, 18 o 13, anche se ciò non significa che "certamente" il feto non sarà affetto.

È importante sottolineare quindi che il test non fornisce indicazioni diagnostiche.

Solo l'esecuzione di accertamenti diagnostici, amniocentesi o test genetici, consente attualmente di confermare o escludere con certezza in epoca prenatale una anomalia cromosomica del feto.

Preparazione e norme di comportamento

Non occorre alcun tipo di preparazione. Non è necessario il digiuno.

Informativa relativa al TEST COMBINATO per la determinazione del rischio di anomalie cromosomiche nel I trimestre di gravidanza

Rischi e possibili effetti collaterali

Gli esami che compongono questo test non sono invasivi per cui non comportano alcun rischio né per la gestante né per il feto.

Calcolo del rischio basato solo sulla Ecografia con valutazione della TRANSLUCENZA NUCALE

Nei casi in cui non sia stato possibile effettuare il prelievo per il dosaggio su sangue materno delle due proteine (PAPP-A e free β -hCG), è possibile calcolare il rischio di anomalie cromosomiche utilizzando la translucenza nucale, ma, in questo caso, si riduce molto la sensibilità del test, cioè la capacità di identificare i feti affetti.

ACCONSENTO al prelievo ematico

NON ACCONSENTO

Data ___/___/___

Firma _____

Rev.01	Del 01/09/2022	Mod04-DSG-8.2-01
		Pagina 1 di 2



**LABORATORI
ITALIANI RIUNITI**

Sede Legale: Via Filettine, 87 - 84016 PAGANI (SA)
Email: amministrazione@lirspa.com - Tel: +39 081 191 438 23
C.F. - P.IVA: 10811810968
www.lirspa.com

DATI ANAGRAFICI

- COGNOME _____
- NOME _____
- DATA DI NASCITA: _____/_____/_____
- DATA PRELIEVO: _____/_____/_____
- DATA ULTIMA MESTRUAZIONE: _____/_____/_____
- DATA ECOGRAFIA: _____/_____/_____
- MISURAZIONE CRL: _____mm
- TRASLUCENZA NUCALE: _____mm

FATTORI DI CORREZIONE UTILIZZATI SUL DATO BIOCHIMICO

- PESO MATERNO: _____Kg
- FUMO: SI NO
- ORIGINE ETNICA (se diversa da Caucasica/Europea):
 Africa centrale Asiatica Ispanica
- DIABETE MELLITO SI NO
- FECONDAZIONE IN VITRO,
STIMOLAZIONI OVARICHE,
ALTRO... SI NO
- PRECEDENTI NATI AFFETTI
DA CROMOSOMOPATIE SI NO
- PRIMA GRAVIDANZA SI NO
- GRAVIDANZA GEMELLARE SI NO

Data ___/___/___

Firma _____

Rev.01	Del 01/09/2022	Mod04-DSG-8.2-01
		Pagina 2 di 2



**LABORATORI
ITALIANI RIUNITI**

MODULO RECLAMI

Gentile cliente,
attraverso questo modulo può esporre la Sua opinione sull'esperienza vissuta presso la nostra
Struttura, sul personale che vi opera e sui servizi che esso offre.

In caso di reclamo, La preghiamo di voler oggettivare la Sua segnalazione compilando i seguenti campi.

Nome e Cognome _____

Via _____ **n°** _____ **Città** _____ **Prov.** _____

N° telefonico _____ **Prestazione erogata** _____

Segnalazione da effettuare:

DATA ____/____/____

Firma _____

Reclamo consegnato a: (nome operatore) _____

*I dati inseriti nel presente modulo sono soggetti alla massima riservatezza così come disposto dal DLGS 196/03.
Si prega il gentile cliente di compilare il modulo in tutte le sue parti in modo tale da rendere possibile la sua
rintracciabilità.*

DATA ____/____/____

Rev.00	Del 01/09/2022	Mod010-DSG-8.2-01
		Pagina 1 di 1



QUESTIONARIO SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

Gentile cliente,

per conoscere la Sua opinione e per migliorare di continuo il servizio offerto dal nostro Laboratorio, Le chiediamo cortesemente di esprimere un giudizio e di compilare il presente questionario al fine di poter offrire un servizio sempre più adeguato alle tue esigenze.

DATA PRESTAZIONE ____/____/____

1. GIUDIZIO SULLA TUA SODDISFAZIONE

Esprimi il tuo giudizio sul nostro operato selezionando la casella corrispondente

Area	Fattore	Descrizione del fattore	Completamente soddisfatto	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco Soddisfatto	Insoddisfatto
			5	4	3	2	1
Ambiente	1	Pulizia generale dell'ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Comfort della sala d'attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personale	1	Personale prenotazione/accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Informazioni sull'esame fornite dalla struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	Personale sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	Riservatezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempistiche	1	Prenotazione ed esecuzione del prelievo (domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Arrivo in struttura ed esecuzione del prelievo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	Esecuzione della prestazione e ritiro del referto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valutazione Generale	1	Soddisfazione del servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Pensa che il personale l'abbia trattata con comprensione, dignità e rispetto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO

Esprimi liberamente idee e suggerimenti per il nostro miglioramento:

DATA ____/____/____

PRESTAZIONI DI GENETICA SVOLTE IN SEDE

DESCRIZIONE ESAME	CODICE MNEMONICO	CODICE MINISTERIALE	CAMPIONE	PREPARAZIONE PAZIENTE	PROCESSAZIONE	CONSERVAZIONE	TRASPORTO	CGI	TEMPI DI REFERTAZIONE
MTHFR (298 A/C)	MTHA	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
MTHFR (677 C/T)	MTHC	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
CARIOTIPO SU SANGUE PERIFERICO	CARI	G2010C008	sangue intero li-eparina	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	Vengono eseguiti controlli di qualità definiti dal laboratorio su ogni vetrino	15 giorni lavorativi
MUTAZIONE FATTORE V (HR2)	MUTV2	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
MUTAZIONE ITGA2	ITGA2	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
Mutazione BETA FIBRINOGENO	BETAF	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
Mutazione del Dna per AGT	AGT	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
Microdelezioni del cromosoma Y	DELEZ	G1010P753	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
POLIMORFISMI HLA G E COMPATIBILITA' DI COPPIA	HLAG		sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
MUTAZIONE FATTORE XIII	MUXIII	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
Mutazione JAK2	JAK2		sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
MUTAZIONE FATTORE V (LEIDEN - 1691G/A)	MUTV	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
FIBROSI CISTICA DI 1° LIVELLO	FIBRO3	G1010P464	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	Parametri definiti dal laboratorio	20 giorni lavorativi
FIBROSI CISTICA DI 2° LIVELLO	FIBSEQ	G1010P464	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	20 giorni lavorativi
MUTAZIONE HPA GLICOPROTEINA	HPA	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
MUTAZIONE FATTORE II	MUTII	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
MUTAZIONE ACE	MUTACE	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
MUTAZIONE PAI-1	PAI1	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
HLA DQ2/DO8 PER CELIACHIA	DO8	g0.803.001	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
Mutazione fattore V aptotipo Y1702C	MUTFY	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
MUTAZIONE FATTORE VII	MUTVII	G0210P989	sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
HLA B27	HLA B27		sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
HLA B51	HLA B51		sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	
DPYD	DPYD		sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
MUTAZIONE INTOLLERANZA AL LATTOSIO 22018A/G	MUTLGA		sangue intero EDTA	Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	10 giorni lavorativi
Mutazione intolleranza al lattosio-ricerca polimorfismo 13910C/T	MUTLCT			Senza digiuno	Miscelare le provette per inversione solite	Entro le 4 ore a T ambiente Oltre le 4 ore a +4 °C	Spedire il campione entro 24 h	SI	

PRESTAZIONI DI GENETICA SVOLTE IN SERVICE

DESCRIZIONE ESAME	CAMPIONE	TEMPI DI REFERTAZIONE	SERVICE
HLA B35	sangue intero EDTA	12 giorni lavorativi	GENOMA
TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B	sangue intero EDTA	12 giorni lavorativi	GENOMA
TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DOB1	sangue intero EDTA	20 giorni lavorativi	GENOMA
Tipizzazione HLA I Classe (A, B, C)	sangue intero EDTA	12 giorni lavorativi	GENOMA
Tipizzazione HLA classe I (A,B,C) e classe II (DOB1, DRB1)	sangue intero EDTA	21 giorni lavorativi	GENOMA
Mutazione APOE	sangue intero EDTA	30 giorni lavorativi	GENOMA
MUTAZIONI DELL'ESONE 12 DI JAK2	sangue intero EDTA	15 giorni lavorativi	GENOMA
Mutazione MPL	sangue intero EDTA	20 giorni lavorativi	MERIGEN
Mutazioni CALR	sangue intero EDTA	20 giorni lavorativi	MERIGEN
Ricerca riarrangiamenti BRCA1 e BRCA2 mediante MLPA	sangue intero EDTA	30 giorni lavorativi	GENOMA
BRCA1 - 2	sangue intero EDTA	30 giorni lavorativi	GENOMA
Mutazione Bcr/Abl : Cromosoma Philadelphia	sangue intero EDTA	20 giorni lavorativi	MERIGEN
EMOCROMATOSI	sangue intero EDTA	10 giorni lavorativi	GENOMA
X-FRAGILE 1° LIVELLO	sangue intero EDTA	10 giorni lavorativi	GENOMA
X-FRAGILE 2° LIVELLO	sangue intero EDTA	15 giorni lavorativi	GENOMA
TOSSICITA' IRINOTECANI / PLATINO	sangue intero EDTA	15 giorni lavorativi	GENOMA
FISH SU LIQUIDO SEMINALE	liquido seminale	20 giorni lavorativi	MERIGEN
FRAMMENTAZIONE DEL DNA SPERMATICO	liquido seminale	10 giorni lavorativi	MERIGEN
CARIOTIPO MOLECOLARE SU MATERIALE BIOLOGICO - ARRAY-CGH	sangue intero EDTA	15 giorni lavorativi	GENOMA
ARRAY CGH 8x60	sangue intero EDTA	15 giorni lavorativi	GENOMA
ARRAY CGH 4x180	sangue intero EDTA	15 giorni lavorativi	GENOMA