



MODULO DI RICHIESTA PER ESAME SU MATERIALE EMBRIO/FETALE E PLACENTARE DA ABORTO SPONTANEO PRECOCE (ASP) E TARDIVO (AST)

PROVENIENZA

Ospedale _____
U.O. _____

Esame n. _____ / _____
Data accettazione _____ / _____ / _____
Addetto all'accettazione _____
spazio riservato all'accettazione

DATI ANAGRAFICI MADRE

Cognome..... Nome.....
Data di nascita..... Luogo di nascita.....
Domicilio..... Tel..... Professione.....
Ricovertato (n. di cartella clinica.....)

DATI CAMPIONE

Materiale inviato _____
 da espulsione spontanea
 espulsione farmacologicamente indotta
 revisione strumentale di cavità
 da isterosuzione
 altro _____

DATI ANAMNESTICI SULLA GRAVIDANZA

Informazioni sulla gravidanza _____
Data presunta del parto anamnestico _____ Data presunta del parto ecografica _____
Età gestazionale (settimane) _____ Valori beta hCG _____ altro _____
Gruppo sanguigno madre Rh pos. neg / A B 0
 Fumo (sig/die) Alcool Uso di farmaci abituali in gravidanza
Quali _____ Motivazione _____

PATOLOGIE GESTANTE

Malattia ipertensiva Gestionale Pregestionale No
Diabete Gestionale Pregestionale No
Alterazioni della coagulazione Sì No
 fattore V di Leiden Mutazione gene protrombina MTHFR Deficienza prot. S
 Resistenza prot. C attivata Deficienza prot. C Iperomocisteinemia altro _____
Malattie autoimmuni Sì No dato mancante
 S. anticorpi antifosfolipidi LES tireopatie autoimmuni altro _____



Cardiopatie _____	Patologie renali _____		
Colestasi gravidica _____	Ipofisi _____		
Parodontopatie _____	altro _____		
Decorso gravidanza attuale	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> patologico	<input type="checkbox"/> ricovero
(specificare) _____			
Complesso TORCH	toxoplasma _____		
	rosolia _____		
	CMV _____		
Esami microbiologici e sierologici			
<input type="checkbox"/> TPHA _____	<input type="checkbox"/> VDRL _____	<input type="checkbox"/> HCV _____	
<input type="checkbox"/> HIV _____	<input type="checkbox"/> HBV _____	<input type="checkbox"/> altro _____	
Tamponi in gravidanza	<input type="checkbox"/> Streptococco β emolitico gruppo B (<i>S. agalactiae</i>)	<input type="checkbox"/> E. Coli	
<input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis	<input type="checkbox"/> Ureoplasma ureoliticum	<input type="checkbox"/> altro _____	
Testi di screening per cromosomopatie			
Screening	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> dato mancante
NT:	<input type="checkbox"/> patologico	<input type="checkbox"/> non patologico	
NT+bitest:	<input type="checkbox"/> patologico	<input type="checkbox"/> non patologico	
Triplo test	<input type="checkbox"/> patologico	<input type="checkbox"/> non patologico	
<input type="checkbox"/> S. di Down	<input type="checkbox"/> DTN	<input type="checkbox"/> dato mancante	
Indagini prenatali invasive			
Biopsia villo-coriale	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> non effettuata	<input type="checkbox"/> patologica (specificare) _____
Amniocentesi	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> non effettuata	<input type="checkbox"/> patologica (specificare) _____
Funicolocentesi	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> non effettuata	<input type="checkbox"/> patologica (specificare) _____
Fetoscopia	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> non effettuata	<input type="checkbox"/> patologica (specificare) _____
Ecografia	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> non effettuata	<input type="checkbox"/> patologica (specificare) _____
	feto: malformazioni _____		
	altro _____		
	liquido amniotico : _____		
	placenta: <input type="checkbox"/> anomalie dell'impianto placentare (specificare) _____		
	<input type="checkbox"/> distacco intempestivo <input type="checkbox"/> vasi previi <input type="checkbox"/> accreta-percreta		
	<input type="checkbox"/> altro _____		



ANAMNESI OSTETRICO-GINECOLOGICA

Precedenti concepimenti SI NO

N°. parti precedenti	N°. nati vivi	Data parto	Modalità parto	Età gestazionale	Sesso	Peso
1						
2						
3						
4						
5						

N°. feti nati morti _____

N°. feti nati morti	Data parto	Modalità parto	Età gestazionale	Sesso	Peso
1					
2					
3					

Reperti ecografici _____

Esami citogenetici _____

Esame anatomico patologico Si (*allegare referto*) No

N°. aborti spontanei (specificare) _____

N°. aborti spontanei	Data	Modalità	Età gestazionale	Sesso	Peso
1					
2					
3					

Reperti ecografici _____

Esami citogenetici _____

Esame anatomico patologico Si (*allegare referto*) No

N°. IVG _____ data _____

Esami citogenetici _____

Rilievi ecografici _____

Esame anatomico patologico Si (*allegare*) No

Interventi ginecologici

Precedenti esami cito-istologici (*allegare referti*)

Anamnesi clinica familiare per abortività Si _____ No

Patologia trombofilica Si _____ No

Malattie autoimmuni e/o allergiche Si _____ No

Diabete Si _____ No Celiachia Si _____ No

Malattie tiroidee Si _____ No

Anomalie cariotipo/Patologie ereditarie/Malformazioni Si _____ No

Malattie cardiovascolari/ Ictus/ Ipertensione Si _____ No

Infertilità Si _____ No



DATI ANAGRAFICI PADRE

Cognome..... Nome.....

Data di nascita..... Luogo di nascita.....

Domicilio..... Tel..... Professione.....

Anamnesi patologica prossima _____

Anamnesi patologica remota _____

Familiarità per malattie _____

Gruppo sanguigno paterno Rh pos. neg / A B 0

Consanguineità fra coniugi Si No

Fumo

Alcool

Uso di farmaci

Quali _____

Motivazione _____

Data prelievo.....

IL MEDICO RICHIEDENTE
(Firma leggibile e Timbro)