



RICHIESTA DI ANALISI GENETICHE PER TROMBOFILIA

COGNOME E NOME PAZIENTE: _____

Etichetta anagrafica paziente con
n° RI

data di nascita: _____

Provenienza:
Reparto / US _____

TIPO DI RICHIESTA:

- Mutazione Fattore II- Protrombina
- Mutazione Fattore V di Leiden
- Mutazione MTHFR

INDICAZIONE ALL'ANALISI:

	Eventi trombotici avvenuti in età giovanile (<45-50 anni)
	Eventi trombotici documentati in consanguinei
	Poliabortività
	Assunzione di terapia estro-progestinica in paziente con fattori di rischio per tromboembolia
	Complicanze della gravidanza (es:pre-eclampsia, IUGR)
	Iperomocisteinemia (per MTHFR)

Si allega consenso informato

Data _____

Timbro e firma del Medico richiedente

Il modulo del consenso informato è stampabile da:
Modulistica online: diagnosi postnatale_Mod19PSpLGM01