


BIOBANCA DEL LABORATORIO DI GENETICA UMANA, IRCCS ISTITUTO GASLINI
MODULO INVIO CAMPIONI

Compilare, firmare e spedire via posta o fax a:

Dott. D. Coviello, Dott.ssa C. Baldo U.O.C. Laboratorio di Genetica Umana, Istituto Gaslini - Genova

 Indirizzo Via Gerolamo Gaslini 5, 16147 Genova

 tel 010-56363954/3975 E-mail domenicocoviello@gaslini.org chiarabaldo@gaslini.org

 Richiedente _____
 Indirizzo _____
 Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

TIPO DI SERVIZIO

 Allestimento coltura cellulare Estrazione DNA/RNA Conservazione Materiale
 Separazione cellule mononucleate sangue periferico (PBMC)
INFORMAZIONI CAMPIONE
TIPO DI CAMPIONE INVIATO

 DNA Metodo di estrazione: _____ Buffer _____ Conc. _____ (ng/μl) Data _____

 Tessuto Sangue periferico Biopsia Cutanea Liquido Amniotico Villi Coriali

 Colture Fibroblasti Linfoblasti (EBV) Amniociti Villi Coriali

Altro _____

In caso di linee cellulari specificare:

Data allestimento coltura _____

Passaggio coltura inviata _____ Terreno, siero (tipo e percentuale) _____

Dettagli utili per il mantenimento e congelamento _____

INFORMAZIONI PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____

Luogo di nascita _____

Padre nato a _____ Madre nata a _____

 SESSO FENOTIPICO Maschile Femminile Ambiguo

 FAMILIARITÀ NO S (allegare albero genealogico) CONSANGUINEITÀ NO SI

 STATUS Affetto Non affetto

DIAGNOSI _____ OMIM _____

 SOSPETTO DIAGNOSTICO *(inserire un breve elenco dei sintomi principali)* _____

 TIPO DI DIAGNOSI Clinica Citogenetica Molecolare Altro _____

CENTRO RESPONSABILE DELLA DIAGNOSI _____

PUBBLICAZIONI (citare le pubblicazioni se il paziente è già stato riportato in letteratura)

firmando questo modulo il Richiedente si impegna a:

- Inviare documentazione clinica e di laboratorio del soggetto donatore
- Inviare consenso informato scritto del soggetto donatore, in conformità alla normativa vigente

Luogo, Data

Firma del Richiedente

