



MODULO INVIO CAMPIONE - BIOBANCA GASLINI

Compilare, firmare e inviare all' **accettazione unica UOC Laboratorio di Genetica Pad.3 piano 1** all'att.ne dello staff Biobanca (Dr. Baldo, Dr. Arado, Dr. Testa)

DATI CENTRO INVIANTE

Richiedente: _____

Istituto / Reparto: _____

Telefono: _____ e-mail: _____

DATI PAZIENTE - anagrafica

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: M F

Data nascita: _____ Luogo di nascita: _____

DATI PAZIENTE -Informazioni cliniche

Status: Affetto NON Affetto Familiare di: (spec. grado di parentela) _____

Diagnosi sospetta: _____

Diagnosi definitiva: _____

OMIM: _____ ORPHANET: _____ ICD-10: _____

Sintomi: _____

Età di esordio: _____

Tipo di diagnosi: clinica citogenetica molecolare altro _____

Risultato analisi genetica : _____

DATI CAMPIONE

Data prelievo: _____ Ora prelievo: _____ Sede prelievo: _____

Tipo di campione inviato: Sangue DNA Urine liquor biopsia cutanea

altro*: _____

**in caso di linee cellulari specificare: data allestimento, passaggio e terreno di coltura*

TIPO DI SERVIZIO RICHIESTO

ESTRAZIONE DNA

ALLESTIMENTO LINEA FIBROBLASTI

SEPARAZIONE SIERO

ALLESTIMENTO LINEA LINFOBLASTOIDE

SEPARAZIONE PLASMA

CONSERVAZIONE (indicare tipo campione): _____

SEPARAZIONE PBMC

Temperatura: -20°C -80°C -196°C (azoto liquido)

ALTRO (specificare): _____

Firmando questo modulo il Richiedente si impegna a:

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

Luogo, Data

Firma del Richiedente