

INFORMAZIONI PAZIENTE

COGNOME _____	NOME _____	DATA DI NASCITA _____
LUOGO DI NASCITA _____		
PADRE NATO A _____		MADRE NATA A _____
SESSO FENOTIPICO	Maschile <input type="checkbox"/>	Femminile <input type="checkbox"/> Ambiguo <input type="checkbox"/>
FAMILIARITÀ	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (allegare albero genealogico)	CONSANGUINEITÀ NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

STATUS	AFFETTO <input type="checkbox"/>	NON AFFETTO <input type="checkbox"/>
DIAGNOSI	_____ OMIM _____	

SOSPETTO DIAGNOSTICO

TIPO DI DIAGNOSI:	clinica <input type="checkbox"/>	citogenetica <input type="checkbox"/>	molecolare <input type="checkbox"/>	altro _____
CENTRO RESPONSABILE DELLA DIAGNOSI _____				

Citare le pubblicazioni se il paziente è già stato riportato in letteratura:

firmando questo modulo il Ricercatore si impegna a:

- Inviare documentazione clinica e di laboratorio del soggetto donatore
- Inviare consenso informato scritto del soggetto donatore, in conformità alla normativa vigente
- Non usare i campioni depositati per scopi commerciali
- Includere i ringraziamenti alla Banca in ogni lavoro scientifico in cui è stato utilizzato il campione con la seguente formula: "We thank the Galliera Genetic Bank – Network of Telethon Genetic Biobank - project GTB07001 for providing us with.....", e spedire copia dei lavori pubblicati alla Biobanca.

Luogo, Data**Firma del Ricercatore**