

## GALLIERA GENETIC BANK – MODULO INVIO CAMPIONI

**Compilare, firmare e spedire via posta o fax a:**

Dott.ssa Chiara Baldo E.O. Ospedali Galliera, Laboratorio di Genetica Umana,

**Indirizzo** Via A. Volta 6, 16128 Genova

**Fax** 010 57481372

**E-mail** chiara.baldo@galliera.it; ggb@galliera.it

**Richiedente** \_\_\_\_\_

**Indirizzo** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

### TIPO DI SERVIZIO

Allestimento coltura cellulare

Estrazione DNA/RNA

Conservazione Materiale

### INFORMAZIONI CAMPIONE

#### TIPO DI CAMPIONE INVIATO

DNA

Metodo di estrazione: \_\_\_\_\_

Buffer \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Conc. \_\_\_\_\_ (ng/μl)

**Tessuto**

Sangue periferico

Biopsia Cutanea

Liquido Amniotico

Villi Coriali

**Culture**

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**

**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**