



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Struttura Semplice Dipartimentale di Genetica Medica e Malattie Rare Ortopediche

MODULO PER LA RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI E CLINICI – MALATTIE RARE

Medico richiedente (*campi obbligatori)

Cognome e Nome*
Tel* Fax*
E-mail*
Istituto di Appartenenza*
Indirizzo a cui inviare il referto (POSTA ORDINARIA)*
.....

Paziente in esame

Data del prelievo*
Nome*
Cognome* Sesso* ☐ M ☐ F
Data di Nascita* Luogo di Nascita*
Residenza*: Via.....n°.....
Città.....Prov.....

Indicazione al test* / Motivo della richiesta* (specificare il nome della malattia)

- ☐ Diagnosi clinica.....
☐ sospetto diagnostico
☐ Diagnosi prenatale (ricerca mutazione nota)
☐ Ricerca mutazione nota in soggetto clinicamente non affetto
☐ Ricerca mutazione nota in soggetto con: ☐ Diagnosi clinica.....
☐ sospetto diagnostico.....
☐ Altro.....

Gene/i da analizzare*



UNI EN ISO 9001:2008

S.S.D. di Genetica Medica e Malattie Rare Ortopediche
Via Pupilli, 1 – 40136 Bologna
Tel. +39-051-6366681 – Fax +39-051-6366054
genetica@ior.it
Laboratorio di Genetica Molecolare
Via di Barbiano 1/10 – 40136 Bologna
Tel. +39-051-6366037 – Fax +39-051-6366038
laboratorio.genetica@ior.it

Istituto Ortopedico Rizzoli
Sede legale Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Ospedale Via G. C. Pupilli, 1 - 40136 Bologna
Centro di Ricerca Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Tel. 051/6366111 - Fax 051/580453 www.ior.it
Codice Fiscale e Partita IVA 00302030374

AltezzaPeso.....

Familiarità * : ☐ Sì ☐ No ☐ Ignota

* ☐ proband ☐ parente di
relazione di parentela.....

Altri familiari affetti

.....
.....

Consanguineità tra i genitori ☐ Sì ☐ No

Gravidanze interrotte: ☐ Sì ☐ No ☐ Ignota

Se sì, specificare causa

Se possibile allegare copia di eventuale documentazione clinica rilevante

Albero genealogico: