

**CEPIG. Centro Per l'Informazione Genetica**  
**Consulenza Multidisciplinare Genetica Teratologica**  
SERVIZIO DI GENETICA ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA  
via Giustiniani 3, 35128 PADOVA  
Tel 049/8211679/3513 – Fax 049/8217619/1425

MARITO: \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
MOGLIE: \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
Codice Fiscale n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_  
(Moglie)  
Via, n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
Gravida alla \_\_\_\_\_ s.g., EUM /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ peso kg \_\_\_\_\_ parità \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
esprime il suo consenso **al trattamento dati sensibili secondo la normativa vigente**  
ed autorizza il trattamento dei propri dati personali esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, prevenzione,  
ricerca (in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi) e ad essere contattata per eventuali ulteriori  
informazioni, per il follow-up e che la Consulenza venga inviata al **seguito indirizzo e-mail** (stampatello)

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ o in  
**ALTERNATIVA PER POSTA** all'indirizzo su indicato.

Mi impegno ad inviare l'impegnativa in originale per posta e a pagare l'eventuale ticket qualora non venga  
riportato il codice di esenzione o non venga prescritta da uno specialista. Il mancato invio dell'impegnativa  
comporterà l'addebito dell'intero costo della prestazione.

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**indicazione all'assunzione dei FARMACI:** \_\_\_\_\_

Farmaco	Posologia	assunzione: Anamnestico settimana da a	Ecografico da a
---------	-----------	---	--------------------

**RADIAZIONI** Diagnostiche /\_\_\_/ Terapeutiche /\_\_\_/ Motivo \_\_\_\_\_  
Allegare descrizione delle sedi irradiate, specificando l'ospedale, il n° di radiogrammi e la data.

**INFEZIONI** Diagnosticata /\_\_\_/ Sospettata /\_\_\_/ Specificare tipo e modalità diagnostiche allegando,  
copie di esami. Specificare periodo di gestazione anamnestico ed ecografico.

**ALTRO RISCHIO** Specificare tipo, risultato, periodo di gestazione anamnestico ed ecografico

MEDICO INVIANTE: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fax \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sede di lavoro ed indirizzo \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## **Servizio di Informazione Teratologia - CEPIG**

Dedicato al medico e alla coppia che vuole conoscere il rischio correlato all'esposizione a farmaci o agenti potenzialmente dannosi al prodotto del concepimento (fisici, chimici, infettivi) sia prospetticamente (ad es. programma terapeutico pre-e post-concezionale per patologie croniche) che retrospettivamente (ad es. una donna in gravidanza che ha assunto un farmaco o è stata esposta a radiazioni).

La Consulenza viene fornita su richiesta mediante Scheda apposita, **che contiene il consenso informato** (necessario per effettuare la consulenza) tramite **Posta o Fax o E-mail (con firma autografa)**, e dovrà essere accompagnata da **una impegnativa** effettuata di norma dal Medico Specialista (in caso di Consulenza Preconcezionale anche dal Medico Curante) per **“Visita multidisciplinare Teratologica”**, riportante il codice di Esenzione Regionale specifico.

La risposta viene inviata entro 2-3 giorni al medico e alla coppia/signora tramite Fax, Posta, E-mail. E' allegato alla Consulenza Multidisciplinare Teratologica un'altra scheda da compilare al termine della gravidanza e da rispedire al **Servizio di Genetica ed Epidemiologia Clinica, Azienda Ospedaliera di Padova, Via Giustiniani 3, 35128 Padova**, che ha fornito la Consulenza.

Se la scheda di follow-up non sarà pervenuta dopo 3-6 mesi dall'epoca presunta del parto, la coppia/signora verrà contattata per conoscere l'esito della gravidanza. Tali informazioni sono molto utili per aumentare le conoscenze, in particolare per i farmaci da poco immessi in commercio.

### **Informazioni e richieste:**

Da Lunedì a Venerdì dalle ore 11.00 alle ore 13.00 al Tel. 049/8213513/1679

**Per informazioni può essere consultato anche il sito <http://www.sdb.unipd.it>.**

### **La presente scheda va inviata a:**

UOC di Genetica ed Epidemiologia Clinica - C.E.P.I.G. Servizio di Informazione Teratologica

Azienda Ospedaliera di Padova

Via Giustiniani 3 - 35128 Padova

Tel. 049/8213513/1679 - Fax:0498211425/7619

e-mail: [ambulatorio.genetica@sanita.padova.it](mailto:ambulatorio.genetica@sanita.padova.it)



Università degli Studi - Azienda Ospedaliera Padova  
**GENETICA ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA**

Direttore Prof. Maurizio Clementi

SISTEMA DI GESTIONE QUALITA' UNI EN ISO 9001: 2008  
(CERTIFICATO DA CERTIQUALITY)



**INFORMATIVA PER COMPILAZIONE DELLE IMPEGNATIVE SSN PER  
- "VISITA MULTIDISCIPLINARE TERATOLOGICA"**

**CEPIG**

**CEntro  
Per la  
Informazione  
Genetica**

Staff  
Prof. M.Clementi  
(Direttore)

Dott.ssa  
E.Di Gianantonio  
(Responsabile)

Sign. D. Del Frate

☎ tel.  
049  
8211679/3513-1

☎ fax  
049  
8217619/1425

L'impegnativa debitamente compilata va spedita per posta a:

**UOC di GENETICA ed EPIDEMIOLOGIA CLINICA  
Azienda Ospedale di Padova  
Via Giustiniani 3-35128 Padova**

**SI PREGA DI COMPILARE L'IMPEGNATIVA DEL SSN CON GRAFIA CHIARA E  
POSSIBILMENTE IN STAMPATELLO E COMPLETARE TUTTI I CAMPI RICHIESTI**

**Indicare:**

- nome-cognome della paziente/del paziente
- indirizzo (via, N° civico, CAP, città)
- luogo e data di nascita
- recapito telefonico, e-mail, FAX
- numero di codice fiscale
- firma sul retro della paziente

**codice di esenzione in GRAVIDANZA:**

**450 per Regione Veneto – Medico Specialista del SSN; G50-M50 altre Regioni**

**codice di esenzione NON in Gravidanza:**

**400 per Regione Veneto – MMG o/e Medico Specialista del SSN; G00-M00 altre Regioni**

**- SE NON VERRÀ INVIATA L'IMPEGNATIVA DEL SSN LA PRESTAZIONE SARÀ A  
TOTALE CARICO DELL'UTENTE**

**- SE NON VERRÀ POSTO IL CODICE DI ESENZIONE REGIONALE, L'UTENTE È  
TENUTA AL PAGAMENTO DEL TICKET PER PRESTAZIONE SANITARIA.**

**IL PAGAMENTO, qualora non possa essere eseguito presso uno degli sportelli di riscossione  
dell'Azienda Ospedaliera di Padova PUO' ESSERE EFFETTUATO TRAMITE BONIFICO  
BANCARIO A FAVORE DELLA STESSA:**

- CAUSALE: CONSULENZA TERATOLOGICA
- INVIARE COPIA del BONIFICO TRAMITE FAX 049 8217619/1425
- C/CORRENTE BANCARIO

**PER INFORMAZIONI SU IMPORTI TICKET e/o PAGAMENTI  
TEL. 0498218095 (Lunedì –Venerdì 14-18)**

-----  
Prof Maurizio Clementi