



MODULO DI RICHIESTA CONSULENZA TERATOLOGICA

PARTNER _____ nato il ___/___/___/ a _____ (___)

SIGNORA: _____ nata il ___/___/___/ a _____ (___)

Codice Fiscale n° _____ Tel./cell. _____/_____

e-mail _____

Via, n° _____ CAP _____ Città _____ (___)

Gravida alla _____ s.g., EUM / ___/___/___/ peso kg _____ parità _____

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____
 esprime il suo consenso **al trattamento dei dati sensibili secondo la Legge n° 675/1996 – n° 196/2003**
 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 **seguente 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 _____

assunzione dei FARMACI per patologia : _____

Farmaco	Posologia	assunzione: Anamnestico	Ecografico
		settimana da a	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./cell. _____/_____

Sede di lavoro ed indirizzo _____

e-mail : _____ @ _____



Servizio di Informazione Teratologia (CEPIG):

Dedicato al medico e alla coppia che vuole conoscere il rischio di danni a loro eventuali futuri figli o alla gravidanza già in corso per esposizione a farmaci o agenti potenzialmente dannosi al prodotto del concepimento (fisici-radiazioni, chimici, infettivi) sia in modo prospettico (ad es. programma terapeutico pre- e post- concezionale per patologie croniche) che retrospettivo (ad es. persona che ha effettuato Chemioterapia o è stata esposta a Radiazioni).

Il Servizio viene fornito su richiesta scritta mediante **MODULO** specifico, con **consenso informato**, che può essere inviato tramite **e-mail ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it oppure Fax 049 8211425/7619 oppure posta**, e dovrà essere accompagnata dall'**impegnativa** redatta di norma dal Medico Specialista (indicazioni Regione del Veneto) con la prescrizione: **“Visita multidisciplinare - Teratologica” (codice 89.07_2)** e riportante il codice di Esenzione Regionale specifico (450-Regione del Veneto, o M50, G50).

La relazione viene inviata di norma entro 1-3 giorni al Medico richiedente e alla signora/signore, tramite e-mail o (se non possibile) per posta.

Insieme alla relazione è allegato il **Modulo di Follow-up** da compilare al termine della gravidanza e da rispedire alla UOC di Genetica ed Epidemiologia Clinica, Azienda Ospedaliera di Padova, Via Giustiniani 3, 35128 Padova, che ha fornito la Consulenza.

tramite e-mail: ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it o per FAX 049 8211425/7619.

Qualora la scheda di follow-up non sia pervenuta dopo 3-6 mesi dall'epoca presunta del parto, la famiglia verrà contattata telefonicamente per conoscere l'esito della gravidanza (follow-up).

Per Informazioni e richieste: ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 al - Tel. 049/821-1679-1424

Sito: <http://www.sdb.unipd.it/genetica> attività clinica ambulatoriale/Consulenza Teratologica

UOC di Genetica ed Epidemiologia Clinica

C.E.P.I.G. Servizio di Informazione Teratologica

AZIENDA OSPEDALIERA di Padova

Via Giustiniani 3- 35128 Padova

e-mail: ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it

Tel. 049 8213513 -Fax:049 8211425/7619



**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)
Dott. M. Cassina

Sign. D. Del Frate

☎ tel.
049 821 3513

☎ fax
0498217619/1425

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
- fotocopia tessera sanitaria-fotocopia carta di identità
- firma sul retro della paziente (ricetta rossa)

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.**

**PER INFORMAZIONI SU IMPORTI TICKET e/o PAGAMENTI
TRAMITE BONIFICO BANCARIO
TEL. 049-8218095 (Lunedì – Venerdì 14-18)**

Prof Maurizio Clementi