

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



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