

CEPIG. Centro Per l'Informazione Genetica
Consulenza Multidisciplinare Genetica Teratologica
SERVIZIO DI GENETICA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA
DIPARTIMENTO SALUTE DONNA E BAMBINO
via Giustiniani 3, 35128 PADOVA
Tel 049/8214422/3513 – 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 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 **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 _____

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, chimici, infettivi) sia prospetticamente (ad es. programma terapeutico pre- e post-concezionale per patologie croniche) che retrospettivamente (ad es. gravida che ha assunto un farmaco o è stata esposta a radiazioni).

Il Servizio viene fornito su richiesta scritta (scheda apposita, **che contiene il consenso informato necessario** per effettuare la consulenza), tramite posta (**o anticipato tramite tel. Fax 04908211425/7619**), e dovrà essere accompagnata da **una impegnativa** fatta 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**, con eventuali voci bibliografiche, **viene inviata entro 2-3 giorni al medico, tramite Fax**, che la comunica agli interessati, mentre una copia, potrà essere **spedita tramite E MAIL**, all'utente. E' allegato alla Consulenza multidisciplinare Teratologica un'altra scheda da compilare al termine della gravidanza e da rispedire al Servizio di Genetica Clinica (DIPARTIMENTO SALUTE DONNA E BAMBINO, Via Giustiniani 3, 35128 Padova), che ha fornito la Consulenza. Se questa scheda di follow-up non sarà pervenuta dopo 3-6 mesi dall'epoca presunta del parto, la famiglia verrà contattata telefonicamente per conoscere l'esito della gravidanza (follow-up) necessario per aumentare le talora insufficienti conoscenze, soprattutto su farmaci recentemente messi in commercio.

Informazioni e richieste:

Da Lunedì a Venerdì dalle ore 11.00 alle ore 13.00 al Tel. 049/8213513/4422

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

La presente scheda va inviata al:

Servizio di Genetica Clinica ed Epidemiologica
C.E.P.I.G. Servizio di Informazione Teratologica
DIPARTIMENTO SALUTE DONNA E BAMBINO
Via Giustiniani 3
35128 Padova
Tel. 049/8213513/4422
Fax:0498211425/7619



**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)

Sign. D. Del Frate

☎ tel.
049
8214422/3513

☎ fax
049
8217619/1425

L'impegnativa debitamente compilata va spedita per posta a:

UOC di GENETICA CLINICA ed EPIDEMIOLOGICA
Dipartimento Salute Donna e Bambino
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.**

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

**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:

IBAN: IT 69 C 01030 12134 000001100168

SWIFT: PASCITMM

Prof Maurizio Clementi