

Misurazione della lunghezza dei telomeri

Pathologie Medica Enge
Hottingerstrasse 9, 8032 Zürich
Tel. 044 269 67 18
www.patho.ch



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

38

W05

Paziente		Richiedente	Marcare in nero Non utilizzare pennarelli!
Nr. paziente studio medico:			
<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> bambino >> padre/madre			
Cognome		Medico curante:	
Nome		E-Mail:	
Indirizzo			
NPA/Città			
c/o			
Data di nascita		Cell.	
E-Mail			
Nr. AVS			
Elaborazione del referto			
<input type="checkbox"/> Per telefono Nr.: <input type="checkbox"/> Via fax Nr.: <input type="checkbox"/> Copia dei risultati a: _____			
Esami precedenti (Istituto/Nr. di referto) _____ _____			
Fattura a <input type="checkbox"/> Cassa malati Nr. Assicurato _____ <input type="checkbox"/> Ass. infortuni Nr. di caso/sinistro _____ Data infortunio _____ <input type="checkbox"/> Ospedale (paziente stazionario) <input type="checkbox"/> semiprivato/privato <input type="checkbox"/> comune ID (Nr. di caso) _____ <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Altro destinatario			
Forfait ambulatoriale: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si → Se sì: indicare il codice del forfait (6 cifre): _____			

Misurazione della lunghezza dei telomeri

Informazioni mediche specifiche sulla telomeropatia

- | | | | |
|--------------------------|--|---|---|
| Cute: | <input type="checkbox"/> Leucoplachia | <input type="checkbox"/> Iper-/ipopigmentazione | <input type="checkbox"/> Onicodistrofia |
| | <input type="checkbox"/> Canizie precoce | <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> _____ |
| Sangue: | <input type="checkbox"/> Citopenia | <input type="checkbox"/> MCV alto | <input type="checkbox"/> altro |
| Midollo osseo: | <input type="checkbox"/> Anemia aplastica | <input type="checkbox"/> MDS | <input type="checkbox"/> altro |
| Sist. Immunitario: | <input type="checkbox"/> Infezioni opportunistiche | <input type="checkbox"/> Immunodeficienza | <input type="checkbox"/> altro |
| Gastrointestinale: | <input type="checkbox"/> Enterocolite | <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> _____ |
| Fegato: | <input type="checkbox"/> Fibrosi epatica | <input type="checkbox"/> Cirrosi epatica | <input type="checkbox"/> altro |
| Polmoni: | <input type="checkbox"/> Fibrosi polm. idiopatica | <input type="checkbox"/> Enfisema precoce | <input type="checkbox"/> altro |
| Ossa: | <input type="checkbox"/> Osteoporosi | <input type="checkbox"/> Necrosi vascolare | <input type="checkbox"/> altro |
| Endocrino: | <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> _____ |
| Tumori: | <input type="checkbox"/> Neoplasie ematologiche | <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> AML | <input type="checkbox"/> altro |
| | <input type="checkbox"/> Tumori cutanei | <input type="checkbox"/> altri tipi di tumori | <input type="checkbox"/> _____ |
| Disturbo della crescita: | <input type="checkbox"/> Bassa statura | <input type="checkbox"/> altre deformazioni | <input type="checkbox"/> _____ |
| Anamnesi famigliare: | <input type="checkbox"/> Genitori | <input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle affetti | <input type="checkbox"/> altro |
| Mutazioni note: | <input type="checkbox"/> _____ | | |
| Farmaci: | <input type="checkbox"/> _____ | | |

Informazione aggiuntive:

Data del prelievo: _____ Ora del prelievo: _____
Risultati analisi di laboratorio: Hb: _____ Lc: _____ Tc: _____

Consenso per l'analisi della lunghezza dei telomeri

Autorizzo la misurazione della lunghezza dei telomeri per il paziente indicato nella presente domanda. Il paziente è stato informato e ha dato il suo consenso all'esecuzione del test. Inoltre, il paziente ha espressamente acconsentito alla trasmissione dei risultati del test via e-mail.

Firma del medico curante (**obbligatoria**): _____

Data: _____

Misurazione della lunghezza dei telomeri da parte del gruppo di G. Baerlocher, MD, EMBA

Se avete domande sull'analisi, non esitate a contattarci:

G. Baerlocher, MD, EMBA
FMH Medicina interna ed ematologia
FAMH Ematologia
Tel: +41 44 269 99 04
E-Mail: info@patho.ch

Prima del prelievo di sangue, contattateci via e-mail all'indirizzo info@patho.ch per concordare una data di spedizione idonea. **In casi urgenti, contattateci al numero di telefono +41 44 269 99 04 per un'elaborazione più rapida.**

Prelievo dei campioni

- Etichettare la provetta del campione con:
 - **ID del paziente #**
 - **età**
 - **sesso**
 - **data e ora del prelievo**
- Prelevare il sangue periferico in EDTA (acido etilendiamminotetraacetico).
- Per la realizzazione del test sono necessari 10-15 ml di sangue periferico.
- Tutti i campioni devono arrivare entro 2 giorni dal prelievo e in buone condizioni. **I campioni devono essere inviati tramite posta prioritaria (Posta Svizzera), SOLO dal lunedì al mercoledì.**

Modalità di consegna del campione

Materiale necessario per la spedizione

- Contenitore per il trasporto per proteggere il campione da eventuali danni
- Sacchetto per campioni o busta a chiusura ermetica e pluriball
- Nastro adesivo
- Due etichette con indirizzo
- Modulo di richiesta per la misurazione della lunghezza dei telomeri (**importante: firmare il modulo**)

Invio

1. Inserire la provetta di sangue nella sacca per campioni e avvolgerla nel pluriball.
2. Inserire il modulo di richiesta compilato e firmato insieme al campione nel contenitore di spedizione.
3. Sigillare il contenitore di spedizione con il nastro adesivo.
4. Etichettare il contenitore di spedizione con l'indirizzo su due lati.
5. Spedizione prioritaria immediata (lunedì-mercoledì):

Pathologie Medica Enge
Hottingerstrasse 9
CH - 8032 Zürich

6. Informarci della data di spedizione e del numero di tracking via e-mail a: info@patho.ch

Conferma della ricezione del campione

Confermeremo la ricezione del campione via e-mail. Se l'imballaggio o il campione sono danneggiati al momento del ricevimento, vi contatteremo per darvi ulteriori istruzioni.