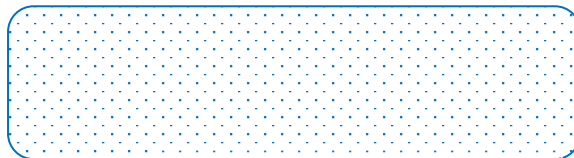




ISTITUTO DIAGNOSTICO
VARELLI s.r.l.

Modulo Richiesta Esami

Listino Ginecologia/Ostetricia



MEDICO/CENTRO INVIANTE

DATI PAZIENTE		
Nome:	Cognome:	Data di Nascita:
Notizie Cliniche:		
Data Prelievo:	Numero Campioni:	
<input type="checkbox"/> Autorizzo l'invio del campione biologico presso l'Istituto Diagnostico Varelli Srl per l'esecuzione dell'esame/i richiesto/i. <input type="checkbox"/> Autorizzo l'Istituto Diagnostico Varelli Srl a consegnare il referto al medico/centro specialistico richiedente. <input type="checkbox"/> Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e GDPR 679/2016.		
Il Paziente		

PREVENZIONE GINECOLOGICA			
<input type="checkbox"/> Pap Test CICV	<input type="checkbox"/> Pap test/Thin Prep® THIN	<input type="checkbox"/> HPV DNA HPVT	<input type="checkbox"/> HPV RNA HPRNA
<input type="checkbox"/> COMBO TEST \COMB	<input type="checkbox"/> COMBO TEST PLUS \COMB+	<input type="checkbox"/> ANALISI PRECONCEZIONALI \PREC	<input type="checkbox"/> ANALISI ENDOCRINE \SCEND
RICERCHE BATTERIOLOGICHE-PARASSITOLOGICHE-VIRALI			
<input type="checkbox"/> Tampono vaginale TVAS	<input type="checkbox"/> Micoplasma /Ureaplasma RMIAT	<input type="checkbox"/> Tampono Vaginale Plus \PABAF	<input type="checkbox"/> Endometrio Coltura ENDC
<input type="checkbox"/> Vaginosi Batterica Mol. VBPCR	<input type="checkbox"/> Pannello Infet. Molec. - 7 \TMST	<input type="checkbox"/> Gardnerella Vaginalis GAPC	<input type="checkbox"/> Candida Albicans CANP
<input type="checkbox"/> Toxoplasma Gondii PTOX	<input type="checkbox"/> Rosolia RNA PROS	<input type="checkbox"/> Herpes Virus 1 e 2 PHER	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus DNA PCITo
<input type="checkbox"/> Citomegalovirus Quant. PCITQ	<input type="checkbox"/> Varicella PZOS	<input type="checkbox"/> Epstein Barr -Qualit. PEB	<input type="checkbox"/> Epstein Barr -Quantit. PEBQ
DIAGNOSTICA PRENATALE			
<input type="checkbox"/> Cariotipo su amnios + AFP AMNIO	<input type="checkbox"/> Cariotipo su amnios + QF-PCR QFPCR	<input type="checkbox"/> Cariotipo su Villi CAVC	<input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare su amnios CAMOL
<input type="checkbox"/> Cariotipo su Sangue periferico CAR	<input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare Su sangue periferico CGHSP	<input type="checkbox"/> Fibrosi Cistica 67 mutazioni FCPPCR	<input type="checkbox"/> Fibrosi Cistica Intero Gene FCPGE
<input type="checkbox"/> X-Fragile fmr-1 FRAXA	<input type="checkbox"/> X-Fragile fmr-2 FRAXE	<input type="checkbox"/> β-Talessemia Principali mutazioni BETAS	<input type="checkbox"/> β-Talessemia Intero Gene BETAG
<input type="checkbox"/> Sordità Congenita SORD	<input type="checkbox"/> Screening Madre CARSD	<input type="checkbox"/> Screening Padre CARSU	<input type="checkbox"/> TEST COMBINATO BITE1
<input type="checkbox"/> TEST COMB.+ PRECL ECLA	<input type="checkbox"/> QUAD TEST QUAD	<input type="checkbox"/> NIPT NIPT	<input type="checkbox"/> NIPT PLUS NIPTP
<input type="checkbox"/> NIPT CARIO NIPTC	<input type="checkbox"/> NIPT CARIO GLOBAL \NIPTG	<input type="checkbox"/> PANNELLO MONOGENICHE PMON	<input type="checkbox"/> MALATTIE INFETTIVE 1°TRIM \PINF
DIAGNOSTICA INFERTILITA' / POLIABORTIVITA'			
<input type="checkbox"/> One4Two ONE	<input type="checkbox"/> Microdelez. Crom. Y CROY	<input type="checkbox"/> FISH liq. seminale FSEM	<input type="checkbox"/> Test Fram. Cromatina TFRAM
<input type="checkbox"/> Inibina B INIB	<input type="checkbox"/> Ormone AMH MULL	<input type="checkbox"/> TROMBO-INCODE TRGE	<input type="checkbox"/> Pan. Antifosfolipidi \ANFO
<input type="checkbox"/> Trombofilia- 3 mut \CO3	<input type="checkbox"/> Trombofilia - 6 mut \PT6	<input type="checkbox"/> Trombofilia- 14 mut \PT14	<input type="checkbox"/> FSH - mutazioni RECF5
<input type="checkbox"/> LH - mutazioni RELH	<input type="checkbox"/> Plasmacellule RPLA	<input type="checkbox"/> Natural Killer RNK	<input type="checkbox"/> sHLA-G HLAG
DIAGNOSTICA ONCOLOGICA			
<input type="checkbox"/> SenoCheck -1 SECK1	<input type="checkbox"/> SenoCheck -2 SECK2	<input type="checkbox"/> SenoCheck -3 SECK3	<input type="checkbox"/> SenoCheck -4 SECK4
<input type="checkbox"/> CancerCheck Donna - 1 CHKD1	<input type="checkbox"/> CancerCheck Donna - 2 CHKD2	<input type="checkbox"/> CancerCheck Donna - 3 CHKD3	<input type="checkbox"/> Biopsia sede unica IBENU
<input type="checkbox"/> Biopsia 2 sedi B2SED	<input type="checkbox"/> Biopsia 3 sedi B3SED	<input type="checkbox"/> Biopsia 4 sedi B4SED	<input type="checkbox"/> Biopsia Endometrio Portio BENPO
TEST DI PATERNITA'			
<input type="checkbox"/> Informativo PATEI	<input type="checkbox"/> Legale PATEL	<input type="checkbox"/> Prenatale PADFE	ALTRO:



Consenso Informato Dedicato



Consenso Informato Generico per Test Genetico (modulo verde)