



Modulo di anamnesi Harmony (MAH)

Informazioni sulla gestante

Gestante (cognome e nome)

Data di nascita GG/MM/AAAA

Indirizzo

Città/Stato o provincia

Paese/Codice postale

Telefono

Peso (kg) Altezza (cm)

Firma della gestante

Informazioni del medico di riferimento e firma

Medico ordinante / Ente

Indirizzo

Città/Stato o provincia

Paese/Codice postale

Telefono

Timbro del centro / medico

Firma del medico

Data GG/MM/AAAA

Tipo di test richiesto e informazioni cliniche

Trasfusioni durante gravidanza o trapianti materni

Trasfusione No Si* Data: GG/MM/AAAA

*Test non effettuabile se trasfusa in gravidanza

Trapianto No Si¹ ¹ Se si non è possibile procedere con il test

La gestante riferisce condizioni tumorali note al momento del prelievo
 No Si¹ ¹ Se si non è possibile procedere con il test

Presenza di vanishing twin documentato o riferito dalla gestante
 No Si¹ ¹ Se si non è possibile procedere con il test

Età gestazionale misurata mediante:
 LMP¹ US² IVF³ Data: GG/MM/AAAA

¹ data dell'ultima mestruazione; ² data ecografia; ³ data del transfer

calcolata il (data del prelievo) settimane giorni

Numero di feti 1 2

Gravidanza con fecondazione in vitro (IVF)? No Si* →

Ovulo impiegato nella fecondazione in vitro**: Paziente Donatrice

Età paziente/donatrice al prelievo dell'ovulo: Anni

*proseguire nella compilazione di tutti i campi anche se l'ovulo è della paziente stessa
**La compilazione errata dello stato di donazione dell'ovulo comporterà il fallimento dell'analisi

Harmony Prenatal Test (T21, T18, T13)

Contrassegnare le eventuali opzioni di test aggiuntive richieste:

Sesso fetale - FS¹

Monosomia X - MX (solo gravidanze singole)²

Pannello delle aneuploidie dei cromosomi sessuali - SCAP (solo gravidanze singole)

¹ Se non selezionato, il sesso fetale NON verrà comunicato; ² Sesso fetale non viene comunicato

Indicazione all'analisi

Età materna avanzata (≥ 35 anni)

Ansietà materna (< 35 anni)

Precedente screening biochimico ad alto rischio:
(indicare risultato) 1/

Precedente screening biochimico con risultato sostanzialmente inalterato rispetto al rischio iniziale o a rischio intermedio:
(indicare risultato) 1/

Anomalie ecografiche:


Altro:

Informazioni importanti sul prelievo di sangue

Compilare A e B:

A. Data del prelievo: GG/MM/AAAA

B. Scrivere il nome completo e la data di nascita della paziente sul codice a barre che si attacca sulle provette e sul MAH. Il nome, il codice a barre e la data di nascita devono corrispondere a quelle riportate sul MAH. Applicare longitudinalmente le etichette sulle provette nel modo illustrato nell'esempio.



Informazioni richieste

- Compilare tutti i campi, la mancata compilazione comporterà il ritardo di processamento del campione
- Se si vuole conoscere il sesso fetale occorre necessariamente selezionarlo: pur richiedendo le aneuploidie dei cromosomi sessuali, il sesso fetale non verrà comunicato.
- Se si vuole venire a conoscenza delle aneuploidie dei cromosomi sessuali è possibile scegliere tra due opzioni:
 - solo monosomia X
 - pannello delle aneuploidie dei cromosomi sessuali (inclusa la monosomia X)
- Età gestazionale: scegliere una modalità di compilazione tra la data dell'ultima mestruazione (LMP) oppure la data dell'ecografia (US) o la data del transfer (IVF).
- **Importante - limiti delle richieste del test:**
 - 1) Richiesta del sesso fetale è possibile sia per gravidanze singole sia per gemellari (con non più di due gemelli): nelle gravidanze gemellari, se il risultato è femminile significa che entrambi i concepimenti sono verosimilmente femmine; se il risultato è maschile significa che verosimilmente almeno uno è maschio.
 - 2) La richiesta delle aneuploidie dei cromosomi sessuali (monosomia X o intero pannello) è possibile solo per gravidanze singole
 - 3) Gravidanze IVF: specificare se gli ovociti sono propri della gestante o meno, e l'età della donatrice degli ovociti al momento del loro prelievo, anche e se essa è la paziente stessa (donazione omologa).
 - 4) Il test non è indicato per gravidanze superiori alla 18a settimana e/o con anomalie ecografiche. Pertanto la richiesta dovrà essere accompagnata da uno scritto del medico specialista circa la presa in carico della gravidanza nonostante gli specifici limiti aggiuntivi dell'analisi.
- **L'analisi non può essere condotta in questi casi:**
 - Gravidanze gemellari con più di 2 concepimenti
 - Gravidanze al di sotto di 10 settimane
 - Gestanti con pregresso trapianto d'organo/midollo o trasfusione di sangue in gravidanza
 - Gestante affetta da tumore
 - Vanishing twin

COMPLETARE TUTTI I CAMPI DEL MODULO
LA MANCATA COMPILAZIONE POTREBBE COMPORTARE RITARDI



Modulo di anamnesi Harmony (MAH)

Informazioni sulla gestante	Informazioni del medico di riferimento e firma
Gestante (cognome e nome) Maria Rossi	Medico ordinante / Ente Dott. Enzo Ricci
Data di nascita 23/04/1976	Indirizzo Via Milano 2
Indirizzo Via Ferrer 10	Città/Stato o provincia Busto Arsizio VA
Città/Stato o provincia Busto Arsizio VA	Paese/Codice postale 20152
Paese/Codice postale 21052	Telefono 03311234
Telefono 03311234	Timbro del centro / medico
Peso (kg) 55 Altezza (cm) 160	Firma del medico 
Firma della gestante 	Data 06/05/2016
Tipo di test richiesto e informazioni cliniche	Indicazione all'analisi
Trasfusioni durante gravidanza o trapianti materni Trasfusione <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì* Data: GG/MM/AAAA <small>*Test non effettuabile se trasfusa in gravidanza</small>	<input checked="" type="checkbox"/> Età materna avanzata (≥ 35 anni)
Trapianto <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì* <small>*Se si non è possibile procedere con il test</small>	<input type="checkbox"/> Ansietà materna (< 35 anni)
La gestante riferisce condizioni tumorali note al momento del prelievo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì* <small>*Se si non è possibile procedere con il test</small>	<input type="checkbox"/> Precedente screening biochimico ad alto rischio: (indicare risultato) 1/
Presenza di vanishing twin documentato o riferito dalla gestante <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì* <small>*Se si non è possibile procedere con il test</small>	<input type="checkbox"/> Precedente screening biochimico con risultato sostanzialmente inalterato rispetto al rischio iniziale o a rischio intermedio: (indicare risultato) 1/
Età gestazionale misurata mediante: <input checked="" type="checkbox"/> LMP* <input type="checkbox"/> US* <input type="checkbox"/> IVF* Data: 10/02/2016 AA <small>*data dell'ultima mestruazione; *data ecografia; *data del transfer</small>	<input type="checkbox"/> Anomalie ecografiche:
calcolata il 06/05/2016 AAA (data del prelievo): 12 settimane 2 giorni	<input type="checkbox"/> Altro:
Numero di feti <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Gravidanza con fecondazione in vitro (IVF)? <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sì* → <small>Ovulo impiegato nella fecondazione in vitro**:</small> <input checked="" type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Donatrice Età paziente/donatrice al prelievo dell'ovulo: 37 Anni <small>*proseguire nella compilazione di tutti i campi anche se l'ovulo è della paziente stessa **La compilazione errata dello stato di donazione dell'ovulo comporterà il fallimento dell'analisi</small>	
<input checked="" type="checkbox"/> Harmony Prenatal Test (T21, T18, T13) Contrassegnare le eventuali opzioni di test aggiuntive richieste: <input checked="" type="checkbox"/> Sesso fetale - FS ¹ <input checked="" type="checkbox"/> Monosomia X - MX (solo gravidanze singole) ² <input type="checkbox"/> Pannello delle aneuploidie dei cromosomi sessuali - SCAP (solo gravidanze singole) ² <small>¹ Se non selezionato, il sesso fetale NON verrà comunicato; ² Sesso fetale non viene comunicato</small>	
Informazioni importanti sul prelievo di sangue	
Compilare A e B: A. Data del prelievo: 06/05/2016	
B. Scrivere il nome completo e la data di nascita della paziente sul codice a barre che si attacca sulle provette e sul MAH. Il nome, il codice a barre e la data di nascita devono corrispondere a quelle riportate sul MAH. Applicare longitudinalmente le etichette sulle provette nel modo illustrato nell'esempio.	

Barcode di identificazione sulle provette

- Compilare con nome, cognome e data di nascita e attaccare longitudinalmente sulle due provette

