

N° Accettazione _____

Data _____

BIOCHIMICA DI MALATTIE LISOSOMIALI

Determinazione attività enzimatica

MODULO DI RICHIESTA

Si prega vivamente di compilare il modulo in ogni sua parte in stampatello

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

M F

Peso: _____

Nato a termine/Nato pretermine

Settimane di gestazione: _____

DATI NOSOGRAFICI

Codice struttura di provenienza N°: _____

Nome struttura: _____

N° di cartella clinica: _____

Medico richiedente (in stampatello): _____

N° di telefono: _____

e-mail: _____

Diagnosi di ingresso: _____

DATI DEL CAMPIONE

Campione prelevato il:

campione di sangue in provetta con EDTA (tappo viola)

leucociti/linfociti/fibroblasti

NOTIZIE CLINICHE E/O DI LABORATORIO

Terapia farmacologica in atto: _____

Dietoterapia e integratori nutrizionali: _____

ATTIVITA' ENZIMATICA RICHIESTA

α -glucosidasi acida (GAA) (M. Pompe)

α -galattosidasi (α -Gal A) (M. Fabry)

β -glucosidasi acida (GBA) (M. Gaucher)

α -L-iduronidasi (IDUA) (MPS I)

Iduronato-2-solfatasi (IDS) (MPS II)

α -N-acetilglucosaminidasi (NAGLU) (MPS IIIB)

β -galattosidasi (β -Gal A) (GM1 gangliosidosi, MPS IVB)

β -esosaminidasi A (β -HEXA) (GM2 gangliosidosi, Tay Sachs)

β -esosaminidasi A/B (β -HEXA/B) (M. Sandhoff)

PAZIENTI IN REGIME DI RICOVERO

Con la mia firma attesto che il paziente di cui alla presente richiesta ha dato il proprio consenso a che, dopo l'indagine diagnostica, il suo campione biologico e i dati a esso relativi possano essere utilizzati in forma anonima per scopi di ricerca e/o di casistica epidemiologica secondo quanto consentito dalle normative vigenti in materia di tutela della privacy.

PAZIENTI PRIVATI CONVENZIONATI E NON

Il/La sottoscritto/a, previamente informato, dà il proprio consenso a che, dopo l'indagine diagnostica, il suo campione biologico e i dati a esso relativi possano essere utilizzati in forma anonima per scopi di ricerca e/o di casistica epidemiologica secondo quanto consentito dalle normative vigenti anche in materia di tutela della privacy.

Con la mia firma attesto che il campione biologico inviato appartiene al soggetto per il quale è inoltrata la richiesta.

TIMBRO E FIRMA (leggibile) DEL MEDICO RICHIEDENTE CHE
RACCOGLIE IL CONSENSO

FIRMA (leggibile) DEL PAZIENTE O ESERCENTE RESPONSABILITA'
GENITORIALE

I campioni potranno essere inviati tutti i giorni dal lunedì al giovedì dalle 9 alle 12 al punto di accettazione del Dipartimento Assistenziale di Medicina di Laboratorio, Edificio 4, Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II", Via Pansini, 5 Napoli.
Per informazioni rivolgersi allo 081/746 3610

Tutti i dati riportati nel seguente modulo sono trattati secondo la normativa vigente in materia di tutela della privacy D.l.s. n° 196 del 30/06/2003.

MODALITÀ DI PRELIEVO

Campione di Sangue

Sangue venoso in provetta EDTA (tappo viola).

Campione di Cellule

Pellet cellulare di Leucociti/Linfociti/Fibroblasti (secco e congelato).

MODALITÀ DI INVIO

Inviare il campione al Dipartimento Assistenziale di Medicina di Laboratorio, Edificio 4 Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II”, Via Pansini, 5 Napoli lo stesso giorno del prelievo o in alternativa il giorno seguente previa conservazione alla corretta temperatura (4°C per EDTA e ghiaccio secco per pellet cellulare).

Si ricorda di rispettare le norme del trasporto campioni in particolare la norma del triplo contenitore.

I campioni di sangue in EDTA devono essere trasportati a 4°C utilizzando nel contenitore più esterno uno o più siberini; per trasporti che superino le tre ore di viaggio è necessario che il trasportatore dichiari che la temperatura di trasporto è stata rispettata.

Per il pellet cellulare oltre al rispetto del triplo contenitore è necessario aggiungere ghiaccio secco.

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Nessuna preparazione è richiesta per il paziente.