

SCHEDA APPROPRIATEZZA
FIBROSI CISTICA (gene CFTR)

PAZIENTE

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

Inviato da: _____

Familiarità: SI NO (Se SI allegare albero genealogico)

Mutazione/i nota: SI NO (Se SI specificare _____)

CLINICA

Età all'esordio: _____

Sintomi all'esordio: _____

INDICAZIONE ALL'ANALISI

Fibrosi cistica tipica Test del sudore + - borderline

Fibrosi cistica atipica Test del sudore + - borderline

Pancreas sufficiente Pancreas Insufficiente

Screening neonatale positivo Si No

Bronchiectasie diffuse Si No

Pancreatici ricorrenti Si No

Iperecogenicità intestinale fetale Si No (Se SI specificare u.m. _____)

Procreazione assistita Si No

Infertilità maschile Si No (Se SI specificare: CBAVD CUAVD)

ESAMI MOLECOLARI GIA' ESEGUITI

	Gene esaminato	Tipo di esame	Risultato
1.			
2.			
3.			

Data _____

Firma _____