

**MODULO DI RICHIESTA CONSULENZA TERATOLOGICA**

SIGNORA: Cognome _____ Nome _____
nata il ____/____/____ Luogo di nascita _____ (____)
Codice Fiscale _____ Telefono _____
Indirizzo: Via _____ n° _____
CAP _____ Città _____ (____)

PARTNER (da compilare SOLO in caso di consulenza per esposizione paterna):

Cognome _____ Nome _____
nato il ____/____/____ Luogo di nascita _____ (____)
Codice Fiscale _____ Telefono _____

CONSENSO INFORMATO

La sottoscritta _____ nata a _____ il ____/____/____
esprime il suo consenso al trattamento dei propri dati personali (ai sensi dell'Art. 13 Regolamento UE 2016/679) esclusivamente ai fini di
diagnosi, cura, prevenzione, ricerca (in quest'ultimo caso resi anonimi) e ad essere contattata per eventuali ulteriori informazioni e per il
follow-up; autorizza inoltre che la Consulenza venga inviata **al medico richiedente** indicato sotto (mediante e-mail oppure posta) ed **alla
sottoscritta all'indirizzo e-mail** indicato sotto o in **alternativa per posta** all'indirizzo indicato in anagrafica.
La sottoscritta dichiara di aver preso visione dell'informativa allegata per la richiesta di consulenza teratologica e di aver compreso le
modalità di erogazione della prestazione.

Indirizzo e-mail della paziente a cui spedire la relazione della consulenza (scrivere in stampatello MAIUSCOLO):

@

DATA ____/____/____ **FIRMA** _____

MEDICO RICHIEDENTE: _____

Tel. _____ Sede di lavoro _____

Indirizzo e-mail del medico a cui spedire la relazione: _____

LA SIGNORA (barrare una delle due opzioni):

☐ **È IN GRAVIDANZA**

Data dell'Ultima Mestruazione (Datazione Anamnestica): ____/____/____

La datazione anamnestica **corrisponde** a quella ecografica?

☐ SÌ ☐ NO ☐ Ecografia di datazione non ancora effettuata

Se **NO**, indicare la **Data dell'Ultima Mestruazione calcolata in base all'ecografia:** ____/____/____

☐ **NON È IN GRAVIDANZA**

SI RICHIEDE CONSULENZA TERATOLOGICA PER ESPOSIZIONE A (barrare il tipo di esposizione e compilare l'allegato relativo):

- ☐ **Farmaci /Sostanze (allegato 1)**
☐ **Radiazioni diagnostiche (allegato 2)**
☐ **Radiazioni terapeutiche (allegato 2)**
☐ **Risonanza Magnetica (allegato 3)**

Qualora la consulenza sia richiesta per esposizioni del
PARTNER, è necessario specificarlo chiaramente
negli allegati.



MODULO DI RICHIESTA CONSULENZA TERATOLOGICA - ALLEGATO 1

→ FARMACI / SOSTANZE

(non si effettua consulenza per esposizione a sostanze chimiche in ambiente lavorativo; per tali valutazioni si consiglia di rivolgersi al Medico del Lavoro di riferimento)

Specificare l'eventuale patologia o motivazione per cui sono stati assunti i seguenti farmaci/sostanze:

N.B. Per Farmaci non commercializzati in Italia e per prodotti non presenti nel database AIFA (ad esempio integratori), allegare il foglietto illustrativo o la foto del prodotto con la relativa composizione.

Farmaco e/o principio attivo - Formulazione (Esempio: IBUPROFENE, cp 200 mg)	Dosaggio e via di assunzione (Esempio: 2 cp/die, per os)	Data inizio terapia	Data fine terapia



MODULO DI RICHIESTA CONSULENZA TERATOLOGICA - ALLEGATO 2

→ **RADIAZIONI DIAGNOSTICHE** (RX, TAC, Radioscopia, Scintigrafia, PET, ecc.) – **Vedi nota**

Motivo/patologia per cui sono stati effettuati gli accertamenti radiologici: _____

Esame (RX, TAC, PET, ...)	Sedi irradiate (torace, cranio, ...)	Numero radiogrammi (se pertinente)	Mezzo di contrasto	Data Esecuzione

Clinica/Ospedale di esecuzione (allegare referti degli accertamenti): _____

→ **RADIAZIONI TERAPEUTICHE** (Radioterapia, Terapia radiometabolica, ecc.) – **Vedi nota**

Patologia per cui è stata effettuata la terapia: _____

Tipo terapia e sede di irradiazione	Data inizio terapia	Data fine terapia	Clinica/Ospedale di esecuzione

Nota

Se gli esami radiologici o la terapia NON sono stati effettuati presso l'Azienda Ospedale Università di Padova o l'Istituto Oncologico Veneto:

È necessario allegare la stima della dose di radiazioni a:

- gonadi (in caso di esposizione preconcezionale)
- utero-feto (in caso di esposizione in gravidanza)

Ogni sede ospedaliera/sede ambulatoriale in cui vengono effettuati esami radiologici o radioterapia è supportata da un SERVIZIO DI FISICA SANITARIA competente a tale stima.

La signora e/o il medico curante possono rivolgersi alla Clinica, dove sono stati effettuati gli esami radiologici o la radioterapia, che consulterà il servizio di fisica sanitaria per avere la stima della possibile irradiazione a gonadi e/o utero.



→ RISONANZA MAGNETICA

→ EVENTUALI ULTERIORI INFORMAZIONI

[illegible]

**Servizio di Informazione Teratologia (CEPIG)**

Il CEPIG (Centro Per la Informazione Genetica) è un servizio di informazione teratologica dedicato ai medici e alle coppie che desiderano conoscere l'eventuale rischio di effetti avversi sul prodotto del concepimento correlato all'esposizione, in epoca pre-concezionale o durante la gravidanza, ad agenti potenzialmente dannosi (**farmaci o radiazioni diagnostiche/terapeutiche**).

La consulenza può essere chiesta sia in epoca pre-concezionale sia durante la gravidanza, in relazione a esposizioni già avvenute, in corso o programmate.

Il servizio **NON** eroga consulenze relative a:

- esposizione a sostanze chimiche in ambiente lavorativo (per tali valutazioni si consiglia di rivolgersi al Medico del Lavoro di riferimento);
- patologie infettive (per tali valutazioni si consiglia di rivolgersi ad un medico infettivologo presso una struttura sanitaria vicina alla sede di residenza).

La consulenza viene erogata previa richiesta scritta, mediante compilazione del **MODULO** allegato e del relativo **consenso informato**.

La documentazione può essere trasmessa mediante e-mail (all'indirizzo teratologia.genetica@aopd.veneto.it) oppure tramite posta.

La richiesta dovrà essere accompagnata da una **impegnativa DEMATERIALIZZATA** redatta di norma dal Medico Specialista con la prescrizione: **"Prima Visita Genetica" (codice 89.7B.1)**, specificando nelle note oppure nel quesito diagnostico **"CONSULENZA TERATOLOGICA"**. L'impegnativa può riportare i codici di Esenzione (**M50** per consulenza in gravidanza; **M00** per consulenza pre-concezionale).

La relazione viene predisposta di norma entro 2-3 giorni lavorativi dal ricevimento del modulo di richiesta correttamente compilato e dell'impegnativa. La relazione viene quindi inviata al Medico richiedente e all'utente, di norma tramite e-mail oppure, qualora non fosse possibile, per posta.

Insieme alla relazione è allegato il **Modulo di Follow-up** da compilare al termine della gravidanza e da rispedire, tramite e-mail (teratologia.genetica@aopd.veneto.it), alla UOC Genetica ed Epidemiologia Clinica dell'Azienda Ospedale Università di Padova, che ha fornito la Consulenza.

Qualora la scheda di follow-up non sia pervenuta dopo 3-6 mesi dall'epoca presunta del parto, la famiglia verrà contattata telefonicamente per conoscere l'esito della gravidanza (follow-up).

Per Informazioni e richieste: teratologia.genetica@aopd.veneto.it

Tel. 049 8211679 oppure 049 8213513 - Dal Lunedì al Venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 11.00

Sito per scaricare il Modulo di richiesta:

<https://www.aopd.veneto.it/uoc-genetica-ed-epidemiologia-clinica-genetica-clinica-epidemiologica>

Nella sezione: materiale informativo.

UOC Genetica ed Epidemiologia Clinica
C.E.P.I.G. - Centro Per la Informazione Genetica
AZIENDA OSPEDALE UNIVERSITÀ DI PADOVA

Via Giustiniani 3 - 35128 Padova

e-mail: teratologia.genetica@aopd.veneto.it

Tel. 049 8213513

INFORMATIVA PER LA RICHIESTA DI CONSULENZA TERATOLOGICA E
PER LA COMPILAZIONE DELLE IMPEGNATIVE SSN**Documentazione da inviare per la richiesta di consulenza teratologica:**

- Modulo di richiesta consulenza teratologica (e relativi allegati)
- Impegnativa
- Fotocopia tessera sanitaria - fotocopia carta di identità dell'utente

La consulenza teratologica può essere erogata solo nel momento in cui il Servizio riceve l'impegnativa necessaria.

Per garantire una risposta in tempi brevi (di norma entro 2-3 giorni lavorativi) è pertanto necessario che venga inviata una **IMPEGNATIVA DEMATERIALIZZATA**.

Prescrizione:

"Prima Visita Genetica" (codice 89.7B.1)

Specificare nelle note oppure nel quesito diagnostico: "Consulenza teratologica"

Codice di esenzione in GRAVIDANZA: **M50**

Codice di esenzione NON in Gravidanza (consulenza pre-concezionale): **M00**

- Se l'utente non ha compilato e firmato la sezione "consenso informato" nel modulo di richiesta consulenza teratologica, la prestazione NON potrà essere erogata.

- Se non verrà posto il codice di esenzione, l'utente è tenuto al pagamento del ticket per prestazione sanitaria.

- Se non verrà inviata l'impegnativa del SSN la prestazione sarà a totale carico dell'utente.

Prof. Matteo Cassina

Prof. Leonardo Salviati