

**MODULO DI RICHIESTA CONSULENZA TERATOLOGICA**

PARTNER \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

SIGNORA: \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

Codice Fiscale n° \_\_\_\_\_ Tel./cell. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Via, n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

Gravida alla \_\_\_\_\_ s.g., EUM /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ peso kg \_\_\_\_\_ parità \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
esprime il suo consenso **al trattamento dati sensibili secondo la Legge n° 675/1996 – n° 196/2003**  
ed autorizza il trattamento dei propri dati personali esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, prevenzione, ricerca (in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi) e ad essere contattata per eventuali ulteriori informazioni, per il follow-up e che la Consulenza venga inviata al **seguente indirizzo e-mail** (stampatello)

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ o in

**ALTERNATIVA PER POSTA** all'indirizzo su indicato.

Mi impegno ad inviare l'impegnativa in originale per posta e a pagare l'eventuale ticket qualora non venga riportato il codice di esenzione o non venga prescritta da uno specialista. Il mancato invio dell'impegnativa comporterà l'addebito dell'intero costo della prestazione.

data

firma

**patologia per cui ha assunto il Farmaco/i** : \_\_\_\_\_

Farmaco	Posologia	assunzione: settimana	Anamnestico da	a	Ecografico da	a
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**RADIAZIONI** Diagnostiche /\_\_\_/ Terapeutiche /\_\_\_/ Motivo \_\_\_\_\_

Allegare descrizione delle sedi irradiate, specificando l'ospedale, il n° di radiogrammi e la data.

**INFEZIONI** Diagnosticata /\_\_\_/ Sospettata /\_\_\_/ Specificare tipo e modalità diagnostiche allegando, copie di esami. Specificare periodo di gestazione anamnestico ed ecografico.

**ALTRO RISCHIO** Specificare tipo, risultato, periodo di gestazione anamnestico ed ecografico

**MEDICO INVIANTE:** \_\_\_\_\_ Tel./cell. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sede di lavoro ed indirizzo \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_



## Regione del Veneto AZIENDA OSPEDALE – UNIVERSITA' PADOVA

Via Giustiniani, 1 – 35128 PADOVA – Tel.+ 39 049 8211111

[Cod.Fisc./P.IVA.00349040287](http://Cod.Fisc./P.IVA.00349040287) – [www.aopd.veneto.it](http://www.aopd.veneto.it) – P.E.C.: [protocollo.aopd@pecveneto.it](mailto:protocollo.aopd@pecveneto.it)

### UOC di GENETICA ed EPIDEMIOLOGIA CLINICA

Direttore: Prof. Leonardo Salviati

#### **Servizio di Informazione Teratologia (CEPIG):**

Dedicato al medico e alla coppia che vuole conoscere il rischio di danni a loro eventuali futuri figli o alla gravidanza già in corso per esposizione a farmaci o agenti potenzialmente dannosi al prodotto del concepimento (fisici-radiazioni, chimici, infettivi) sia in modo prospettico (ad es. programma terapeutico pre- e post- concezionale per patologie croniche) che retrospettivo (ad es. persona che ha effettuato Chemioterapia o è stata esposta a Radiazioni).

Il Servizio viene fornito su richiesta scritta mediante **MODULO** specifico, con **consenso informato**, che può essere inviato tramite **e-mail [ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it](mailto:ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it) oppure Fax 049 8211425 oppure posta**, e dovrà essere accompagnata dall'**impegnativa** redatta di norma dal Medico Specialista (indicazioni Regione del Veneto) con la prescrizione: **“Visita multidisciplinare - Teratologica” (codice 89.07\_2)** e riportante il codice di Esenzione Regionale specifico (in gravidanza: 450-Regione del Veneto, o M50, G50) (pre-concezionale: 400-Regione Veneto; o M00 o G00).

**La relazione viene inviata di norma entro 1-3 giorni al Medico richiedente e alla signora/signore, tramite e-mail o (se non possibile) per posta.**

Insieme alla relazione è allegato il **Modulo di Follow-up** da compilare al termine della gravidanza e da rispedire alla UOC di Genetica ed Epidemiologia Clinica, Azienda Ospedaliera di Padova, Via Giustiniani 3, 35128 Padova, che ha fornito la Consulenza.

tramite e-mail: [ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it](mailto:ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it) o per FAX 049 8211425

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: [ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it](mailto:ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it)**

Tel. 049 821-1679 Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 al

**Sito per scaricare il Modulo di richiesta:**

**<http://www.aopd.veneto.it>-Unità Operativa- UOC di Genetica ed Epidemiologia Clinica- Offerta Assistenziale- Consulenza Teratologica**

UOC di Genetica ed Epidemiologia Clinica

C.E.P.I.G. Servizio di Informazione Teratologica

*Segreteria di Genetica ed Epidemiologia Clinica: Via Giustiniani - 35128 Padova*

*Tel. +39 049 821 3513/1679 - e-mail: [ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it](mailto:ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it) - WEB: [www.aopd.veneto.it/genetica](http://www.aopd.veneto.it/genetica)*

*Per appuntamenti: CUP PEDIATRICO tel. 800316850*

(Rev. 02/01/2021)

AZIENDA OSPEDALIERA di Padova

Via Giustiniani 3- 35128 Padova e-mail: [ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it](mailto:ambulatorio.genetica@aopd.veneto.it)

Tel. 049 8213513 -Fax:049 8211425/7619

**INFORMATIVA PER COMPILAZIONE DELLE IMPEGNATIVE SSN PER  
- “VISITA MULTIDISCIPLINARE TERATOLOGICA”**

**CEPIG**

**Centro  
Per la  
Informazione  
Genetica**

Staff

Prof. L. Salviati  
(Direttore)

Prof. Cassina  
(Responsabile)

Dott.ssa Ardenghi

☎ tel.  
049 821 3513

☎ fax  
0498217619/1425

L'impegnativa debitamente compilata va spedita per posta a:

**UOC di GENETICA ed EPIDEMIOLOGIA CLINICA  
Azienda Ospedale di Padova  
Via Giustiniani 3-35128 Padova**

**SI PREGA DI COMPILARE L'IMPEGNATIVA DEL SSN CON GRAFIA CHIARA E  
POSSIBILMENTE IN STAMPATELLO E COMPLETARE TUTTI I CAMPI RICHIESTI**

**Indicare:**

- nome-cognome della paziente/del paziente
- indirizzo (via, N° civico, CAP, città)
- luogo e data di nascita
- recapito telefonico, e-mail
- fotocopia tessera sanitaria-fotocopia carta di identità
- firma sul retro della paziente (ricetta rossa)

**codice di esenzione in GRAVIDANZA:**

**450 per Regione Veneto – Medico Specialista del SSN; G50-M50 altre Regioni**

**codice di esenzione NON in Gravidanza:**

**400 per Regione Veneto – MMG o/e Medico Specialista del SSN; G00-M00 altre Regioni**

**- SE NON VERRÀ INVIATA L'IMPEGNATIVA DEL SSN LA PRESTAZIONE SARÀ A  
TOTALE CARICO DELL'UTENTE**

**- SE NON VERRÀ POSTO IL CODICE DI ESENZIONE REGIONALE, L'UTENTE È  
TENUTA AL PAGAMENTO DEL TICKET PER PRESTAZIONE SANITARIA.**

**PER INFORMAZIONI SU IMPORTI TICKET e/o PAGAMENTI  
TRAMITE BONIFICO BANCARIO  
TEL. 049-8218095 (Lunedì –Venerdì 14-18)**

-----  
Prof. Leonardo Salviati