



## MODULO DI RICHIESTA CONSULENZA TERATOLOGICA

**SIGNORA:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Peso della signora pre-gravidanza: kg \_\_\_\_\_ Parità \_\_\_\_\_

**PARTNER:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

### 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 inviante  
riportato sotto (mediante e-mail oppure posta) ed **alla sottoscritta al seguente indirizzo e-mail** (scrivere in stampatello):

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

o in **alternativa per posta** all'indirizzo su indicato.

La sottoscritta si impegna a pagare l'eventuale ticket qualora l'impegnativa non riporti il codice di esenzione. **Il mancato  
invio dell'impegnativa comporterà l'addebito dell'intero costo della prestazione.**

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ -

**MEDICO INVIANTE:** \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Sede di lavoro \_\_\_\_\_

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

### **LA SIGNORA (barrare una delle due opzioni):**

**E' IN GRAVIDANZA**

Data dell'Ultima Mestruazione (UM): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ (Datazione Anamnestica)

Settimana gestazionale \_\_\_\_\_ s.g. **Datazione confermata con ecografia**  **SI**  **NO**

In caso di ridatazione ecografica, specificare la **data UM ecografica:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**NON E' IN GRAVIDANZA**

### **SI RICHIEDE CONSULENZA TERATOLOGICA PER ESPOSIZIONE A:**

**Farmaci /Sostanze (allegato 1)**

**Risonanza Magnetica (allegato 3)**

**Radiazioni diagnostiche (allegato 2)**

**Altro (allegato 3)**

**Radiazioni terapeutiche (allegato 2)**

**(barrare il tipo di esposizione e compilare l'allegato relativo)**

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



## MODULO DI RICHIESTA CONSULENZA TERATOLOGICA - ALLEGATO 1

### → FARMACI / SOSTANZE

Motivo di assunzione di farmaci/sostanze: \_\_\_\_\_

Farmaco e/o principio attivo	Dosaggio e via di assunzione	Data inizio terapia	Data fine terapia

**N.B. Per Farmaci non commercializzati in Italia, allegare il foglietto illustrativo.**



## MODULO DI RICHIESTA CONSULENZA TERATOLOGICA - ALLEGATO 2

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

Motivo 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:**

E' 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.



## MODULO DI RICHIESTA CONSULENZA TERATOLOGICA - ALLEGATO 3

### → RISONANZA MAGNETICA

Motivo per cui è stata effettuata la RM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sede anatomica (Encefalo, rachide, ...)	Mezzo di contrasto (sì/no)	Specificare il mezzo di contrasto usato	Data Esecuzione	Clinica/Ospedale di esecuzione

### → ALTRO

Specificare il tipo di esposizione ed allegare eventuale documentazione pertinente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



REGIONE DEL VENETO

**Azienda  
Ospedale  
Università  
Padova**

## Servizio di Informazione Teratologia (CEPIG)

Il CEPIG (Centro Per la Informazione Genetica) è un servizio di informazione teratologica 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 ([teratologia.genetica@aopd.veneto.it](mailto:teratologia.genetica@aopd.veneto.it)) oppure 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 seguenti codici di Esenzione:

- per consulenza in gravidanza: **450** (Regione Veneto), **M50 / G50** (altre regioni);
- per consulenza pre-concezionale: **400** (Regione Veneto), **M00 / G00** (altre regioni).

**La relazione viene inviata, di norma entro 2-3 giorni, al Medico richiedente e all'utente, 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](mailto: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](mailto:teratologia.genetica@aopd.veneto.it)

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

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

<https://www.aopd.veneto.it/Genetica-Clinica-Epidemiologica>

Offerta Assistenziale - Centro per la Teratologia-CEPIG

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](mailto: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) 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:

450: per Regione Veneto

G50 oppure M50: per altre Regioni

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

400: per Regione Veneto

G00 oppure M00: per altre Regioni

**- 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 regionale, 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