

**RICHIESTA DI ESAME GENETICO**

COGNOME.....	NOME.....
N. TESSERA SANITARIA.....	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Luogo/Data di Nascita.....- ..../...../.....	Età.....
Residente..... Via.....	Tel.....
Professione .....	

**MEDICO RICHIEDENTE:** ..... **REPARTO:** .....  
Tel..... **E-mail** .....

CPVT		<input type="checkbox"/> <b>PROBANDO</b>
LQT		
SQT		
Brugada	<input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> flecainide	<input type="checkbox"/> <b>FAMILIARE</b> (Indicare il nome del probando) ..... .....
ACM	<input type="checkbox"/> ARVC <input type="checkbox"/> forma VS <input type="checkbox"/> forma BIV	
DCM		
HCM		
RCM		
ALTRO		

<input type="checkbox"/> Familiarità indagate	<input type="checkbox"/> morte improvvisa <input type="checkbox"/> cardiomiopatia <input type="checkbox"/> altro .....
<input type="checkbox"/> Atleta	
<input type="checkbox"/> Sintomi	<input type="checkbox"/> Dolore Toracico <input type="checkbox"/> Arresto cardiaco /FV <input type="checkbox"/> Sincope <input type="checkbox"/> Altro
ECO/RMC/angio	<input type="checkbox"/> Alterazioni morfofunzionali VD <input type="checkbox"/> Alterazioni morfofunzionali VS <input type="checkbox"/> Altro
Caratterizzazione tissutale	<input type="checkbox"/> BEM <input type="checkbox"/> LE RMC
ECG	<input type="checkbox"/> An. Ripolarizzazione <input type="checkbox"/> An. Depolarizzazione/conduzione <input type="checkbox"/> Altro
Aritmie	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> Test da sforzo
<input type="checkbox"/> ICD	

*N.B. Ricordarsi di allegare il CONSENSO INFORMATO FIRMATO*

**Allegare copia ultima visita o ricovero**

Luogo .....

Data .....

**Azienda Ospedale-Università Padova:**  
via Giustiniani, 2 - 35128 PADOVA  
T.+ 39 049 8211111  
P.E.C.: protocollo.aopd@pecveneto.it  
Cod.Fisc./P.IVA 00349040287

**Didas Servizi di Diagnostica Integrata**  
**UOC Patologia Cardiovascolare**  
Direttore: Prof.ssa Cristina Basso  
Genetista Clinico Prof.ssa Kalliopi Pilichou  
T. Segreteria +39 049 821 1330  
e-mail [pat.cardiovascolare@aopd.veneto.it](mailto:pat.cardiovascolare@aopd.veneto.it)

**[Aopd.veneto.it](http://Aopd.veneto.it)**