

**Hämatologische Neoplasien
(Zytogenetik)**

**Neoplasie ematologiche
(Analisi citogenetica)**

Knochenmark - Sangue midollare

☐

Peripheres Blut - Sangue periferico

☐

ZUNAME - COGNOME	VORNAME - NOME	FALL Nr. - Caso N.
GEBOREN IN - NATO A	AM - IL	GESCHLECHT - SESSO ☐ M ☐ W/F
STEUERNUMMER - CODICE FISCALE		

INDIKATION ZUR CHROMOSOMENANALYSE - MOTIVO DELL'ANALISI CITOGENETICA

Erstdiagnose - Nuova diagnosi

JA/SI

☐

NEIN/NO

☐

Anmerkungen - Note:

Untersuchung nach KMT
Controllo dopo TM

heterolog / eterologo

Spendergeschlecht / sesso donatore

☐ **M**

☐ **W/F**

EINSENDER: Abteilung / Name des Arztes
RICHIEDENTE: Reparto / Nome medico

Telefonnummer:
Numero di telefono:

Stempel und Unterschrift des antragstellenden Arztes:
Timbro e firma del medico richiedente:

Probeentnahme am:
Data del prelievo:

**EINWILLIGUNG FÜR DIE DURCHFÜHRUNG
ZYTOGENETISCHER ANALYSEN:**

Falls indiziert, wird auch eine Chromosomenanalyse für diagnostische und/oder prognostische Zwecke durchgeführt. Dabei können schwach vertretene Zelllinien nicht immer aufgedeckt und Strukturaberrationen unterhalb der methodischen Auflösungsgrenze nicht ausgeschlossen werden. Mittels dieser Analyse könnte auch ein pathologischer konstitutioneller Karyotyp aufgedeckt werden.

NACH ALL DIESEN ERKLÄRUNGEN GEBE ICH BEI VOLLEM BEWUSSTSEIN UND IN FREIHEIT MEINE EINWILLIGUNG FÜR DIE DURCHFÜHRUNG ZYTOGENETISCHER ANALYSEN.

Unterschrift

**CONSENSO PER L'ESECUZIONE DI ANALISI
CITOGNETICHE:**

Se indicata verrà eseguita anche un analisi dei cromosomi che potrà essere utile ai fini diagnostici e/o prognostici. Si fa presente che con questa analisi linee cellulari presenti in bassa percentuale non possono sempre essere evidenziate e anomalie di struttura al di sotto del livello di risoluzione indicato non possono essere escluse. Tramite questa analisi potrebbe anche rivelarsi un cariotipo costituzionale patologico.

PRESO ATTO DI TUTTO CIO', IN PIENA COSCIENZA E LIBERTA' DO' IL MIO CONSENSO AD UNA ANALISI DEL CARIOTIPO.

Firma