



SCDU BIOCHIMICA CLINICA
Settore genetica – Sede S. Giuliano

Segreteria Biochimica: 0321 / 373.4240 - - E-Mail: labanalisi.segre@maggioreosp.novara.it

R LAB 8-182 RICHIESTA DI PRENOTAZIONE PRIMA VISITA GENETICA in “Ambulatorio Familiari”

La richiesta è riservata a familiari di primo grado di pazienti in cui è stata in precedenza riscontrata una mutazione responsabile di patologia ereditaria. I richiedenti devono essere residenti nelle province di Novara, Biella, Vercelli e Verbano-Cusio-Ossola. La richiesta verrà valutata in base ai requisiti e all'appropriatezza clinica: se idonea, verrà concordato un appuntamento di consulenza genetica mediante contatto telefonico.

Da compilare a cura del familiare richiedente

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome del familiare) _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Telefono _____ E-mail _____

Grado di parentela rispetto al familiare affetto:

☐ Fratello/Sorella ☐ Figlio/Figlia ☐ Genitore

CHIEDE

appuntamento per Prima Visita Genetica c/o Ambulatorio Familiari – Settore Genetica – Sede S. Giuliano di Novara.

INVIARE la richiesta a: ambulatorio.genetica@maggioreosp.novara.it allegando:

- **Impegnativa per Prima Visita Genetica**
- **Referto del test genetico eseguito nel familiare affetto (obbligatorio)**
- **Eventuale altra documentazione utile relativa al motivo della visita**

Specificare nella mail se si desidera fissare l'appuntamento insieme ad altro familiare di primo grado)

Data _____ Firma leggibile del richiedente _____

R: Dirig. Medico Genetista V: Res. Settore Genetica A: Dir. SCUD Biochimica Clinica Emissione: 07/07/2025 Vers.0