

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	CONTROLLO ESAMI MO. 42 OCT. DMI. FIR.	Rev 03 Del 20/01/2014 Pag 1 di 1

Data _____

Gruppo sanguigno		
Rubeo-test		*****
Toxo-test		*****
CMV		*****
HSV		
VDRL-TPHA		
HbsAg		
HbcAb		
HCV		
HIV		
Tampone		
HB-patologiche		
G6PD-H		
PK		
Resistenze globulari osmotiche		
Cariotipo		
Fibrosi Cistica		
Delezioni AFZ-y	*****	
PAP-test /colposcopia		*****
Visita senologica		*****
Visita anestesilogica		
Firma consenso		
Consulenza genetica:		

FOTOCOPIA DOCUMENTO:

Note: