



Modulo di Unità Operativa	MU 304535 50 Rev. 7 del 08/05/2023 Pagina 1 di 3
DAI MATERNO-INFANTILE UOC PEDIATRIA C	
Richiesta prestazioni di Laboratorio del Centro Regionale per gli screening neonatali, la diagnosi e cura delle malattie metaboliche ed endocrinologiche congenite	

ITER EMISSIONE	E. O.	RUOLO	NOME COGNOME	FIRMA
REDAZIONE	00024853	Dirig. Sanitario	Monica VINCENZI	
VERIFICA	00024853	Dirig. Sanitario	Francesca TEOFOLI	
APPROVAZIONE	00024853	Direttore UOC	Giorgio PIACENTINI	
DATI GESTIONE DOCUMENTO				
NOME FILE	MU_304535_50_richiesta_prestazioni_rev7			
DATA PRIMA APPLICAZIONE	08/05/2023			
DISTRIBUZIONE	Controllata ☒ Non Controllata ☐			

RISERVATO AL LABORATORIO

Ricevuto il: ____/____/____

Tipologia di accettazione: ☐ interno (DH/AMID/Ricovero)
☐ esterno (Codice Cliente _____)

Stato del campione all'arrivo:

☐ idoneo
☐ non idoneo, specificare: _____

Spot capillare: codice a barre _____

Codice interno: _____

**È NECESSARIO SEMPRE CONTATTARE TELEFONICAMENTE IL PERSONALE DEL
CENTRO PRIMA DELL'INVIO DI QUALSIASI CAMPIONE BIOLOGICO**

(tel. 045.812.8440 - segreteria del Centro)

Per gli esterni - completare i seguenti campi:

Per gli interni - incollare etichetta
con nosografico:

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ sesso: ☐ M ☐ CF

Codice Fiscale _____

Residente in via _____ n° _____

CAP _____ Comune _____ prov. _____

**Etichetta paziente con
nosografico**

Inviare i campioni a:

**CENTRO REGIONALE PER GLI SCREENING NEONATALI, LA DIAGNOSI E CURA DELLE
MALATTIE METABOLICHE ED ENDOCRINOLOGICHE CONGENITE**

Policlinico "G.B.Rossi" – Edificio D - c/o LURM (Laboratori Universitari di Ricerca Medica), piano terra, lato
est, stanza 40 - P.le L.A.Scuro 10 – 37134 Verona

ATTENZIONE

Il trasporto dei campioni biologici deve avvenire secondo quanto definito dalla normativa vigente (per gli interni si veda la IAT 100 20).

Ogni mancanza nell'osservazione delle procedure richieste per l'invio del materiale biologico e della relativa documentazione cartacea, determinerà l'impossibilità di procedere con l'indagine.

Le indagini eseguite su spot di sangue capillare sono utili nel follow up di pazienti con diagnosi già accertata, sono invece sconsigliati per la definizione della diagnosi.

SI RICHIEDE:

AMINOACIDI

- ☐ **plasmatici (LP05) Data prelievo:** **ore:**

Prelievo ematico in EDTA, volume NON inferiore a 2 mL, mantenuto al massimo 30 minuti a 4°C. Per gli esterni (o per conservazione > 30 min): Centrifugare a 1500g per 10 minuti. Trasferire il sovrantante in una provetta di polipropilene da 1,5-2,0 mL etichettata con nome, cognome, data di nascita e del prelievo. Congelare e spedire in ghiaccio secco.

- ☐ **urinari (LP10) Data raccolta:** **ore:**

Urina estemporanea senza conservanti, volume NON inferiore a 1 mL, mantenuta non più di 1h a 4°C. Per gli esterni (o per conservazione > 1h): congelare il campione e spedire in ghiaccio secco.

- ☐ **su spot di sangue capillare (LP04) Data prelievo:** **ore:**

Usare il cartoncino per screening neonatale. Se sprovvisti, contattare il Centro tel. 045.8128440.

- ☐ **amminoacidi ramificati su spot di sangue capillare (solo Leu – Ile – Val – AlloIle) (LP03)**

Data prelievo: **ore:**

Usare il cartoncino per screening neonatale. Se sprovvisti, contattare il Centro tel. 045.8128440.

ACILCARNITINE

- ☐ **plasmatiche metodo non derivatizzato (LP06) Data prelievo:** **ore:**

Prelievo ematico in EDTA, volume NON inferiore a 2 mL, mantenuto al massimo 30 minuti a 4°C; Per gli esterni (o per conservazione >30 min): Centrifugare a 1500g per 10 minuti. Trasferire il sovrantante in una provetta di polipropilene da 1,5-2,0 mL etichettata con il nome, cognome, data di nascita e del prelievo. Congelare e spedire in ghiaccio secco.

- ☐ **su spot di sangue capillare metodo non derivatizzato (LP07) Data prelievo:** **ore:**

Usare il cartoncino per screening neonatale. Se sprovvisti, contattare il Centro tel. 045.8128440.

ACIDI ORGANICI

- ☐ **urinari (LP01) Data raccolta:** **ore:**

Urina estemporanea senza conservanti, volume NON inferiore a 3 mL, mantenuta non più di 1h a 4°C. **Della stessa raccolta di urine, preparare apposita provetta da inviare in laboratorio centrale per il dosaggio della CREATININA URINARIA.** Per gli esterni (o per conservazione > 1h): congelare il campione e spedire in ghiaccio secco.

ACIDO METILMALONICO - OMOCISTEINA - ACIDO ETILMALONICO - ACIDO METILCITRICO

- ☐ **su spot di sangue capillare (LP09) Data prelievo:** **ore:**

Usare il cartoncino per screening neonatale. Se sprovvisti, contattare il Centro tel. 045.8128440.

GALATTOSIO totale (galattosio+galattosio-1-fosfato)

- ☐ **su spot di sangue capillare (LP095) Data prelievo:** **ore:**

Usare il cartoncino per screening neonatale. Se sprovvisti, contattare il Centro tel. 045.8128440.

ATTIVITA' GALT (galattosio-1-fosfato uridiltransferasi)

- ☐ **su spot di sangue capillare (LP093) Data prelievo:** **ore:**

Usare il cartoncino per screening neonatale. Se sprovvisti, contattare il Centro tel. 045.8128440.

Il dosaggio può dare falsi positivi in caso di deficit di Glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6PD). Prima di richiedere il test, escludere pertanto che il paziente sia affetto da favismo oppure richiedere sullo stesso campione anche il dosaggio dell'attività della G6PD.

ATTIVITA' G6PD (glucosio-6-fosfato deidrogenasi)

- ☐ **su spot di sangue capillare (LP094) Data prelievo:** **ore:**

Usare il cartoncino per screening neonatale. Se sprovvisti, contattare il Centro tel. 045.8128440.

STEROIDI limitatamente a 17OH-Progesterone – 21Deossicortisolo – 11Deossicortisolo – Δ 4-androstenedione - Rapporto (17OHP+ Δ 4-androstenedione)/cortisolo

- ☐ **su spot di sangue capillare (LP12) Data prelievo:** **ore:**

Usare il cartoncino per screening neonatale. Se sprovvisti, contattare il Centro tel. 045.8128440.

ATTIVITA' BIOTINIDASICA

- ☐ **su siero (LP017) Data prelievo:** **ore:**

Prelievo ematico in provetta senza anticoagulanti; volume NON inferiore a 2 mL, da consegnare al Centro entro 1h altrimenti

centrifugare a 1500g per 10 minuti, trasferire il sovranatante in una provetta di polipropilene da 1,5-2,0 mL, etichettata con nome, cognome, data di nascita e del prelievo, congelare e spedire in ghiaccio secco.

Inviare anche i sieri di entrambi i genitori. Se possibile, inviare in forma anonima anche il siero di un soggetto non appartenente al nucleo familiare, al fine di escludere alterazioni dovute alle condizioni di trasporto dei campioni.

☐ **su spot di sangue capillare (LP101) Data prelievo:** **ore:**

Usare il cartoncino per screening neonatale. Se sprovvisti, contattare il Centro tel. 045.8128440.

VLCFA (very long chain fatty acids)

☐ **su plasma (LP13) Data prelievo:** **ore:**

Prelievo ematico in EDTA, volume NON inferiore a 2 mL, mantenuto al massimo 30 minuti a 4°C; Per gli esterni (o per conservazione > 30 min): Centrifugare a 1500g per 10 minuti. Trasferire il sovranatante in una provetta di polipropilene da 1,5-2,0 mL etichettata con il nome, cognome, data di nascita e del prelievo. Congelare e spedire in ghiaccio secco.

ULTIMO PASTO data **ora**

SOSPETTO CLINICO (se in follow-up indicare la patologia)

DESCRIZIONE CLINICA Specificare lo stato clinico del soggetto al momento del prelievo/raccolta. (Prelievi fatti in corso di scompenso metabolico risultano più informativi dal punto di vista diagnostico rispetto a prelievi eseguiti dopo stabilizzazione)

eventuale trattamento farmacologico/terapeutico/nutrizionale in corso al momento del prelievo/raccolta:

ALTRE INFORMAZIONI RITENUTE UTILI:

Medico richiedente:

Struttura di appartenenza:

Telefono:

Se esterni, indicare la modalità preferita per il ricevimento dei referti:

☐ fax n°

☐ PEC:

(indirizzo PEC **leggibile**)

(data)

(firma leggibile)