ESAMI DI GENETICA MEDICA

Azienda Ospedaliera
G. Rummo - Benevento

1 **Diagnosi TROMBOTEST** (Tutto su una sola impegnativa) cod prenotazione (ESADNA)
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA da sangue periferico
91.30.1 ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni) **X 2**

2 **Diagnosi CARDIO – TROMBOTEST** (Tutto su una sola impegnativa) cod prenotazione (ESADNA)
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA da sangue periferico
91.30.1 ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni) **X 2**
91.29.2 ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO con reaz. Polim. a catena, digest. enzim. ed elettrof.

3 **Diagnosi EMOCROMATOSI** (Tutto su una sola impegnativa) cod prenotazione (ESADNA)
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA da sangue periferico
91.30.1 ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni) **X 2**

4 **Diagnosi FIBROSI CISTICA** (tutto su una sola impegnativa) cod prenotazione (ESADNA)
91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA da sangue periferico
91.30.1 ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni) **X7**

5 **Diagnosi Test Genetico per CELIACHIA** (tutto su una sola impegnativa) cod prenotazione (ESADNA)
91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA da sangue periferico
90.80.1 TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 A BASSA RISOLUZIONE
90.80.3 TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE
90.81.1 TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB e DRB3, DRB4, DRB5) A BASSA RISOLUZIONE
90.80.4 TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE (qualora presente DQB1*03)

6 **MIS\AMH (ORMONE ANTIMULLERIANO)** (Impegnativa bianca perché fuori L.E.A.) Cod prenota (ESABIO)
GENET04 MULLERIAN INHIBITING SUBSTANCE/ANTI-MULLERIAN HORMONE (MIS/AMH)

Per L'esame sotto va fatta prima una **CONSULENZA GENETICA** cod prenotazione **VISGEN1**

7 **Diagnosi MICRODELEZIONI CROMOSOMA Y** **(Tutto su una sola impegnativa)** (ESADNA)
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA da sangue periferico
91.29.3 ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA con reazione polimerasica a catena e elettroforesi X 3

Per l'esame sotto va fatta prima una **CONSULENZA GENETICA** cod prenotazione **VISGEN1**

8 **Diagnosi CARIOTIPO SU SANGUE** (tutto su una sola impegnativa) cod prenotazione **(ESACITO)**
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
91.34.5 COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI **X 2**
91.31.2 CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE con 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)
91.33.1 COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO

per gli esame sotto **PRIMA VISITA ostetrica 89.26 U.O. SCREENING PRENATALE** prenotata dal cupt.
esami sotto elencati **PRENOTA il REPARTO DI GINECOLOGIA**

9 **DUOTEST** (Impegnativa bianca perché **fuori L.E.A.**) cod di prenotazione **(ESABIO)**
(si effettua tra la 12 e 13 settimana di gestazione **portare in visione ecografia)**

10 **TRITEST** **(Tutto su una sola impegnativa)** cod di prenotazione **(ESABIO)**
(si effettua tra la 15 e 16 settimana di gestazione **portare in visione ecografia)**
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.43.1 TRI TEST: Alfa 1 Feto, Gonadotropina Corionica ed Estriolo Libero (per screening S. Down e altre anomalie)

11 **QUADRITEST** **(Tutto su una sola impegnativa)** cod di prenotazione **(ESABIO)**
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.43.1 TRI TEST: Alfa 1 Feto, Gonadotropina Corionica ed Estriolo Libero (per screening S. Down e altre anomalie)

12 **TEST INTEGRATO** **(Tutto su una sola impegnativa)** cod di prenotazione **(ESABIO)**
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.143.1 TRI TEST: Alfa 1 Feto, Gonadotropina Corionica ed Estriolo Libero (per screening S. Down e altre anomalie

13 **Inibina A** **Inibina B** (Impegnativa bianca perché **fuori L.E.A.**) (prenota Reparto)

PRENOTAZIONI PRE-AMNIOCENTESI (Prenota il cup) entro la 15w settimana

Cod. di prenotazione impegnativa 1 (89.26+88,78 di giovedi)
Cod. di prenotazione impegnativa 2 (VISGEN di giovedi')

Impegnativa 1 **CONSULENZA OSTETRICA + ECOGRAFIA OSTETRICA PER AMNIOCENTESI**
Impegnativa 2 **CONSULENZA GENETICA PER AMNIOCENTESI**

AMNIOCENTESI (Prenota il Reparto)

Impegnativa 1: AMNIOCENTESI PRECOCE ED ECOGRAFIA OSTETRICA

Impegnativa 2: **CARIOTIPO SU LIQUIDO AMNIOTICO**
91.33.4 COLTURA DI AMNIOCITI **X 2**
91.31.1 CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO con una tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)
91.33.1 COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE:BANDEGGIO R
90.05.5 DOSAGGIO ALFA FETO PROTEINA

Impegnativa 3 : **RICERCA RAPIDA ANEUPLOIDE SU LIQUIDO AMNIOTICO MEDIANTE QF-PCR:**
91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali
91.30.2 ANALISI DI POLIMORFISMI con reazione polimerasica a catena ed elettof. (per locus) **x 5**

Per effettuare L'AMNIOCENTESI le gestanti devono presentare i seguenti esami :
non più vecchio di tre mesi
1 HCV,
2 HB sAg
3 HIV
4 COOMBS INDIRETTO
5 GRUPPO E FATTORE RH