



## MALATTIA MPS-I

### SCHEDA PAZIENTE

#### SPAZIO RISERVATO AL CLINICO REFERENTE

Data di invio \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ Campione proveniente da (Città): \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ (Reparto) \_\_\_\_\_

Referente Dott. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Dichiaro di essere in possesso del consenso informato, per indagini genetiche e molecolari, rilasciato dal paziente, il cui campione è stato inviato presso il vostro Centro per lo studio.**

Firma del medico \_\_\_\_\_

#### INFORMAZIONI PAZIENTE

Codice Numerico oppure Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: M F Data e luogo di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Età: \_\_\_\_\_

Familiarità per patologie SI NO NON SO

Se SI specificare quali: \_\_\_\_\_

**Se indagine familiare per malattia di Pompe:**

Cognome e Nome del Probando affetto: \_\_\_\_\_

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

#### **BAMBINO E ADULTO**

Opacità corneali	SI	NO	NON SO
Malformazioni cardiache	SI	NO	NON SO
Bassa statura	SI	NO	NON SO
Dismorfismi facciali e/o irtutismo	SI	NO	NON SO
Ritardo nello sviluppo psicomotorio	SI	NO	NON SO
Organomegalia	SI	NO	NON SO
Deficit cognitivi	SI	NO	NON SO
Displasia scheletrica progressiva	SI	NO	NON SO

Altro: \_\_\_\_\_







---

---

---

---

Note

---

---

---

---

---