

**INDAGINE CONOSCITIVA GRUPPO DI STUDIO NEUROGENETICA CLINICA E MALATTIE RARE
AFFERENTE ALLA SOCIETA' ITALIANA DI NEUROLOGIA**

Si prega di inviare il form compilato entro il 31 marzo 2018 al Coordinatore del Gruppo, Prof. Michelangelo Mancuso (Università di Pisa) email mancusomichelangelo@gmail.com

COGNOME NOME
POSIZIONE PROFESSIONALE
STRUTTURA APPARTENENZA
DIRETTORE STRUTTURA (COGNOME E EMAIL)
INDIRIZZO PROFESSIONALE
TEL
EMAIL

DESIDERA ESSERE ISCRITTO ALLA MAILINGLIST DEL GRUPPO DI STUDIO S N

1. PRESSO LA PROPRIA CLINICA NEUROLOGICA SI ESEGUONO TEST GENETICI DIAGNOSTICI? S N
se SI per quale patologia e con quale tecnica (selezionare tutte le appropriate):

- | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ATASSIA | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> MIOPATIA | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> NEUROPATIA | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> MALATTIA DEL MOTONEURONE | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> MALATTIA MITOCONDRIALE | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> ICTUS | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> LEUCODISTROFIE | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> EPILESSIA | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> DEMENZA | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> DISORDINI DEL MOVIMENTO | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> PARAPARESI SPASTICHE | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): | <input type="checkbox"/> SANGER | <input type="checkbox"/> NGS | <input type="checkbox"/> PCR-RFLP |

2. PRESSO LA PROPRIA CLINICA NEUROLOGICA ESISTE UN AMBULATORIO CLINICO DEDICATO ALLA DIAGNOSI\FOLLOWUP\TERAPIA DI PATOLOGIE NEUROGENETICHE E RARE?

S N

SE SI SCRIVERE COGNOME NOME EMAIL RESPONSABILE AMBULATORIO:

3. PATOLOGIE NEUROGENETICHE E RARE SEGUITE PRESSO IL PROPRIO CENTRO NON COMPRESSE NELL'ELENCO DELLE PATOLOGIE RARE LEA (vedi allegato 7 del DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15):

Tutela della privacy/Trattamento dei dati personali: i suoi dati personali saranno trattati nel rispetto della legge 675/96, che lei con la firma della presente scheda autorizza. In qualsiasi momento, ai sensi dell'articolo 13 di detta legge, potrà consultare, modificare o far cancellare i Suoi dati od opporsi al loro utilizzo. Partecipando alla presente indagine conoscitiva autorizza il Gruppo di Studio ad utilizzare i dati raccolti per finalità epidemiologiche e scientifiche.

Firma.....