

**RICHIESTA DI INDAGINI DI
IMMUNOGENETICA PER PAZIENTI ONCO-
EMATOLOGICI PEDIATRICI**

LE PRESTAZIONI SI PRENOTANO AL NUMERO 051-2144776 DALLE ORE 12 ALLE 14

COGNOME	NOME	CODICE A BARRE
DATA DI NASCITA		
LUOGO DI NASCITA		
DIAGNOSI		
INDICAZIONE		
FAMILIARI	PADRE Cognome Nome.....Data di nascita..... MADRE Cognome Nome.....Data di nascita..... FRATELLI Cognome Nome.....Data di nascita..... Cognome Nome.....Data di nascita..... Cognome Nome.....Data di nascita..... Cognome Nome.....Data di nascita.....	
MEDICO REFERENTE		
TELEFONO		
TRASFUSIONI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TRAPIANTI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
LEUCOPENIA (Leucociti<1000)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MATERIALE BIOLOGICO	<input type="checkbox"/> s. periferico <input type="checkbox"/> saliva <input type="checkbox"/> altro	

E' obbligatoria la compilazione di tutti i campi per l'esecuzione della prestazione

Inviare con la richiesta di prestazione le seguenti provette:

TIPIZZAZIONE 1° LIVELLO (HLA CLASSE I e II) <ul style="list-style-type: none"> n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA 	
ATTIVAZIONE MUD <ul style="list-style-type: none"> n. 2 provette vacutainer da 9 ml in EDTA 	
TEST DI CONFERMA FINALE <ul style="list-style-type: none"> n. 2 provette vacutainer da 9 ml in EDTA 	
RICERCA ANTICORPI ANTI-HLA <ul style="list-style-type: none"> n.1 provetta da 5 ml senza anticoagulante 	
N.B. <ul style="list-style-type: none"> Le provette devono riportare data di prelievo, nome cognome, data di nascita Per pazienti leucopenici (GB<1000) è consentito l'utilizzo del kit salivare 	
FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE	
DATA	