

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p> <p>STRUTTURA SEMPLICE IMMUNOGENETICA Responsabile Dr.ssa Silvia Manfroi</p>	<p>RICHIESTA DI INDAGINI DI IMMUNOGENETICA PER CANDIDATI A TRAPIANTO D'ORGANO SOLIDO DA DONATORE CADAVERE</p>	<p>ROSEFI</p> <p>Rev. 2</p> <p>Pag. 1/1</p> <p>Data di applicazione: 03/02/2020</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

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

COGNOME	NOME	CODICE A BARRE
DATA DI NASCITA		
LUOGO DI NASCITA		
RESIDENZA		
DIAGNOSI		
INDICAZIONE TRAPIANTO	<input type="checkbox"/> CUORE <input type="checkbox"/> POLMONE <input type="checkbox"/> FEGATO <input type="checkbox"/> INTESTINO <input type="checkbox"/> RENE <input type="checkbox"/> COMBINATO..... <input type="checkbox"/> DA DONATORE CUORE FERMO <input type="checkbox"/> ANTI-HLA NEL PAZIENTE IN LISTA (<i>Monitoraggio</i>) <input type="checkbox"/> ANTI-HLA NEL PAZIENTE TRAPIANTATO (<i>Monitoraggio</i>)	
TRASFUSIONI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
GRAVIDANZE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
PRECEDENTI TRAPIANTI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DATA
MEDICO REFERENTE		
REPARTO		
TELEFONO		

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

Inviare con la richiesta di prestazione le seguenti provette:

Indagini di immunogenetica per inserimento in lista d'attesa per trapianto da cadavere	<ul style="list-style-type: none"> • n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA • n.2 provette da 5 ml senza anticoagulante
Monitoraggio ricerca anticorpi anti-HLA	<ul style="list-style-type: none"> • n.2 provette da 5 ml senza anticoagulante

N.B. Tutte le provette devono riportare data di prelievo, nome cognome, data di nascita.

FIRMA MEDICO RICHIEDENTE	DATA
--------------------------	------