

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p> <p>Immunoematologia e Trasfusionale</p>	<p>STRUTTURA SEMPLICE IMMUNOGENETICA Responsabile Dr. Bontadini</p> <p>RICHIESTA DI INDAGINI DI IMMUNOGENETICA PER PAZIENTI ONCO- EMATOLOGICI PEDIATRICI</p>	<p>RS52</p> <p>Rev. 0</p> <p>Data di applicazione: 19/8/2010</p>
---	---	---

LE PRESTAZIONI SI PRENOTANO AL NUMERO 051-6364776 DALLE ORE 12 ALLE 14

COGNOME	NOME	CODICE A BARRE
---------	------	----------------

DATA DI NASCITA	
DIAGNOSI	
INDICAZIONE	
FAMILIARI	<p>PADRE Cognome Nome.....Data di nascita.....</p> <p>MADRE Cognome Nome.....Data di nascita.....</p> <p>FRATELLI Cognome Nome.....Data di nascita..... Cognome Nome.....Data di nascita..... Cognome Nome.....Data di nascita..... Cognome Nome.....Data di nascita.....</p>
MEDICO REFERENTE	
TELEFONO	
TRASFUSIONE NEGLI ULTIMI 10 GIORNI	
LEUCOPENIA	

Inviare con la richiesta di prestazione le seguenti provette:

<p>TIPIZZAZIONE 1° LIVELLO (HLA CLASSE I e II)</p> <ul style="list-style-type: none"> n. 1 provetta vacutainer da 9 ml in ACD tappo giallo anello nero n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA tappo viola anello nero 	
<p>ATTIVAZIONE MUD</p> <ul style="list-style-type: none"> n. 2 provette vacutainer da 9 ml in EDTA tappo viola-anello nero 	
<p>TEST DI CONFERMA FINALE</p> <ul style="list-style-type: none"> n. 2 provette vacutainer da 9 ml in EDTA tappo viola-anello nero 	

N.B. Le provette debbono riportare data di prelievo, nome cognome, data di nascita.

Materiale biologico	Sangue periferico	Sangue midollare	Altro
---------------------	-------------------	------------------	-------

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE	
DATA / ORA DEL PRELIEVO	

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p> <p>Immunoematologia e Trasfusionale</p>	<p>STRUTTURA SEMPLICE IMMUNOGENETICA Responsabile Dr. Bontadini</p> <p>RICHIEDA DI INDAGINI DI IMMUNOGENETICA PER CANDIDATI A TRAPIANTO D'ORGANO SOLIDO</p>	<p>RS54</p> <p>Rev. 0</p> <p>Data di applicazione: 19/8/210</p>
---	--	--

LE PRESTAZIONI SI PRENOTANO AL NUMERO 051-6364776 DALLE ORE 12 ALLE 14

COGNOME	NOME	CODICE A BARRE
---------	------	----------------

DATA DI NASCITA	
DIAGNOSI	
INDICAZIONE TRAPIANTO	<p>CUORE POLMONE FEGATO INTESTINO</p> <p>TRAPIANTO DI FEGATO DA VIVENTE</p> <p>ANTI-HLA NEL PAZIENTE IN LISTA</p> <p>ANTI-HLA NEL PAZIENTE TRAPIANTATO</p>
DONATORE PER IL TRAPIANTO DI FEGATO DA VIVENTE	<p>Cognome Nome.....</p> <p>Data di nascita.....</p>
REPARTO	
MEDICO REFERENTE	
TELEFONO	
PRECEDENTI TRASFUSIONALI	
TRASFUSIONI NEGLI ULTIMI 30 GIORNI	

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 ACD tappo giallo anello nero • n.1 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA tappo viola anello nero • n.2 provette da 8 ml senza anticoagulante tappo verde anello nero
Indagini di immunogenetica per trapianto di fegato da vivente	<p>Ricevente</p> <ul style="list-style-type: none"> • n.1 provetta vacutainer da 9 ml in ACD tappo giallo anello nero • n.1 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA tappo viola anello nero • n.2 provette da 8 ml senza anticoagulante tappo verde anello nero <p>Donatore</p> <ul style="list-style-type: none"> • n.1 provetta vacutainer da 9 ml in ACD tappo giallo anello nero • n.1 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA tappo viola anello nero
Ricerca anticorpi anti-HLA	<ul style="list-style-type: none"> • n.1 provetta da 8 ml senza anticoagulante tappo verde anello nero

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

FIRMA MEDICO RICHIEDENTE	DATA / ORA DEL PRELIEVO
--------------------------	-------------------------

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p> <p>Immunoematologia e Trasfusionale</p>	<p>STRUTTURA SEMPLICE IMMUNOGENETICA Responsabile Dr. Bontadini</p> <p>RICHIEDA DI INDAGINI DI IMMUNOGENETICA ASSOCIAZIONE HLA E MALATTIA</p>	<p>RS56</p> <p>Rev. 0</p> <p>Data di applicazione: 19/8/2010</p>
---	--	---

LE PRESTAZIONI SI PRENOTANO AL NUMERO 051-6364776 DALLE ORE 12 ALLE 14

COGNOME	NOME	CODICE A BARRE
---------	------	----------------

DATA DI NASCITA	
DIAGNOSI	
INDICAZIONE (Specificare Ag da ricercare)	
REPARTO	
MEDICO REFERENTE	
TELEFONO	
TRASFUSIONE NEGLI ULTIMI 10 GIORNI	
LEUCOPENIA	

TIPIZZAZIONE HLA CLASSE I n. 1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA tappo viola-anello nero	
TIPIZZAZIONE HLA CLASSE II n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA tappo viola-anello nero	

N.B. Le provette debbono riportare data di prelievo, nome cognome, data di nascita.

MATERIALE BIOLOGICO	Sangue Periferico <input type="checkbox"/>	Midollo osseo <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE				
DATA / ORA DEL PRELIEVO				

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p> <p>Immunoematologia e Trasfusionale</p>	<p>STRUTTURA SEMPLICE IMMUNOGENETICA Responsabile Dr. Bontadini</p> <p>RICHIESTA DI INDAGINI DI IMMUNOGENETICA PER PAZIENTI EMATOLOGICI</p>	<p>RS59</p> <p>Rev. 0</p> <p>Data di applicazione: 19/8/2010</p>
---	--	---

LE PRESTAZIONI SI PRENOTANO AL NUMERO 051-6364776 DALLE ORE 12 ALLE 14

COGNOME	NOME	CODICE A BARRE
---------	------	----------------

DATA DI NASCITA	
DIAGNOSI	
INDICAZIONE	
MEDICO REFERENTE	
TELEFONO	
TRASFUSIONE NEGLI ULTIMI 10 GIORNI	
LEUCOPENIA	

Inviare con la richiesta di prestazione le seguenti provette per lo studio immunogenetico pre-trapianto:

<p>TIPIZZAZIONE 1° LIVELLO (HLA CLASSE I e II)</p> <ul style="list-style-type: none"> n.1 provetta vacutainer da 9 ml in ACD tappo giallo anello nero n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA tappo viola anello nero 	
<p>ATTIVAZIONE MUD</p> <ul style="list-style-type: none"> n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA tappo viola anello nero 	
<p>TEST DI CONFERMA FINALE</p> <ul style="list-style-type: none"> n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA tappo viola anello nero 	

N.B. Le provette debbono riportare data di prelievo, nome cognome, data di nascita.

Materiale biologico	Sangue periferico	Sangue midollare	Altro
---------------------	-------------------	------------------	-------

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE	
DATA / ORA DEL PRELIEVO	