



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi

**Struttura Semplice Immunogenetica**  
*Responsabile f.f Dr.ssa Silvia Manfroi*

**RICHIESTA DI INDAGINI  
PER LO STUDIO  
DEL CHIMERISMO POST-TRAPIANTO**

**R07EFI**

Rev. 2

Pag. 1/1

Data di applicazione:  
01/10/2018

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

COGNOME	NOME		CODICE A BARRE
DATA DI NASCITA			
LUOGO			
RESIDENZA			
REPARTO			
DATA TRAPIANTO			
INDICAZIONE			
DONATORE	FAMILIARE Cognome Nome.....		
	NON CORRELATO Codice identificativo.....		
CAMPIONE	Paziente pre-trapianto	Donatore	Paziente post-trapianto
MATERIALE	<input type="checkbox"/> Sangue midollare	<input type="checkbox"/> Sangue periferico	
	<input type="checkbox"/> Altro.....		
FOLLOW-UP POST- TRAPIANTO	<input type="checkbox"/> 30 giorni	<input type="checkbox"/> 60 giorni	<input type="checkbox"/> 90 giorni
	<input type="checkbox"/> 180 giorni	<input type="checkbox"/> 6 mesi	<input type="checkbox"/> 1 anno
	<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:**

**n. 1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA**

**Nei pazienti con leucopenia (GB<1000/mmc) inviare n. 2 provette da 9 ml in K3EDTA *oppure kit salivare***

**Le provette devono riportare data di prelievo, nome cognome, data di nascita.**

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE	
DATA	