

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p> <p>STRUTTURA SEMPLICE IMMUNOGENETICA <i>Responsabile f.f Dr.ssa Silvia Manfroi</i></p>	<p>RICHIESTA DI INDAGINI DI IMMUNOGENETICA PER CANDIDATI A TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO DA DONATORE VIVENTE</p>	<p>R09EFI</p> <p>Rev. 2 Pag. 1/1</p> <p>Data di applicazione: 01/10/2018</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		
INDICAZIONE	RICEVENTE TRAPIANTO DA VIVENTE [RENE FEGATO] DONATORE TRAPIANTO DA VIVENTE [RENE FEGATO]	
REPARTO MEDICO REFERENTE		
TELEFONO		
TRASFUSIONI	SI	NO
GRAVIDANZE	SI	NO
PRECEDENTI TRAPIANTI	SI	NO

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

Inviare con la richiesta di prestazione le seguenti provette:

Studio immunogenetica prima valutazione di compatibilità		
Tipizzazione HLA		Ricevente n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA
Cross-match pre-trapianto (Linfocitotossicità)		n.2 provette da 5 ml <i>senza anticoagulante</i>
Ricerca anticorpi anti-HLA		Donatore n.2 provette vacutainer da 9 ml in ACD
		n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA
Studio di conferma finale pre-trapiantologico		
Cross-match pre-trapianto (Linfocitotossicità)		Ricevente n.2 provette da 5 ml <i>senza anticoagulante</i>
Ricerca anticorpi anti-HLA		Donatore n.2 provette vacutainer da 9 ml in ACD
Tipizzazione HLA (controllo)		Ricevente n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA
		Donatore n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA

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

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE	
DATA	