

**RICHIESTA DI INDAGINI DI
IMMUNOGENETICA PER PAZIENTI
EMATOLOGICI**

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	
GRADO DI PARENTELA	<input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Sorella <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Cugino <input type="checkbox"/> Altro.....
MEDICO REFERENTE	
REPARTO	
TELEFONO	
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
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 DI COMPATIBILITA' (HLA CLASSE I e II)	
• n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA	
ATTIVAZIONE MUD	
• n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA	
TEST DI CONFERMA FINALE	
• n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA	
RICERCA ANTICORPI ANTI - HLA	
• n.1 provetta da 5 ml <i>senza anticoagulante</i>	
N.B.	
• 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
------------------------------	------