

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico POLICLINICO DI SANT'ORSOLA Programma Dipartimentale Immunogenetica e biologia dei trapianti - Manfroi	INDAGINI DI IMMUNOGENETICA ASSOCIAZIONE HLA E MALATTIA	R11EFI Rev. 4 Pag. 1/1 Data di applicazione: 30/06/2026
---	--	--

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

DATA DI NASCITA	LUOGO	
RESIDENZA		
CODICE FISCALE		
DIAGNOSI		
INDICAZIONE (Specificare Ag da ricercare)		
REPARTO		
MEDICO REFERENTE		
TELEFONO	FAX	
PEC PER INVIO REFERTO		

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

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

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO RICHIEDENTE	DATA PRELIEVO
	DATA RICHIESTA