

 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 PER CANDIDATI A TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO DA DONATORE VIVENTE	R09EFI Rev. 4 Pag. 1/1 Data di applicazione: 30/09/2026
---	---	---

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

COGNOME	NOME	CODICE A BARRE
DATA DI NASCITA		LUOGO
CODICE FISCALE		
RESIDENZA		
INDICAZIONE	☐ RICEVENTE TRAPIANTO DA VIVENTE [☐ RENE ☐ FEGATO] ☐ DONATORE TRAPIANTO DA VIVENTE [☐ RENE ☐ FEGATO] PROPOSITUS _____	
REPARTO MEDICO REFERENTE		
TELEFONO	FAX	
TRASFUSIONI	☐ SI ☐ NO	DATA ULTIMA _____
GRAVIDANZE	☐ SI ☐ NO	DATA _____
PRECEDENTI TRAPIANTI	☐ SI ☐ NO	DATA _____

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 Cross-match pre-trapianto (Linfocitotossicità) Ricerca anticorpi anti-HLA	☐ ☐	Ricevente n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA n.2 provette da 5 ml senza anticoagulante 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) Ricerca anticorpi anti-HLA	☐ ☐	Ricevente n.2 provette da 5 ml senza anticoagulante 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 E TIMBRO DEL MEDICO RICHIEDENTE	DATA PRELIEVO
	DATA RICHIESTA