

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA<br/>Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna<br/>IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> <p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b><br/>Programma Dipartimentale Immunogenetica e<br/>biologia dei trapianti - Manfroi</p> | <p><b>INDAGINI DI IMMUNOGENETICA<br/>PER PAZIENTI EMATOLOGICI</b></p> | <p><b>R10EFI</b></p> <p>Rev. 4</p> <p>Pag. 1/1</p> <p>Data di applicazione:<br/>30/09/2026</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                         |             |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| DATA DI NASCITA                                                          |                                                                                                                                                                                                                                         | LUOGO       |
| CODICE FISCALE                                                           |                                                                                                                                                                                                                                         |             |
| RESIDENZA                                                                |                                                                                                                                                                                                                                         |             |
| DIAGNOSI                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |             |
| INDICAZIONE                                                              |                                                                                                                                                                                                                                         |             |
| MEDICO REFERENTE                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |             |
| REPARTO                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                         |             |
| TELEFONO                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         | FAX         |
| TRASFUSIONI                                                              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                 | DATA ULTIMA |
| GRAVIDANZE                                                               | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                 | DATA        |
| PRECEDENTI TRAPIANTI                                                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                 | DATA        |
| 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 .....                                                                                                                             |             |
| DATI ANAGRAFICI DEL PARENTE AFFETTO<br>(nome, cognome e data di nascita) |                                                                                                                                                                                                                                         |             |
| GRADO DI PARENTELA                                                       | <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Sorella <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Figlio<br><input type="checkbox"/> Cugino <input type="checkbox"/> Altro..... |             |

*E' obbligatoria la compilazione di tutti i campi per l'esecuzione della prestazione  
Le provette devono riportare data di prelievo, nome cognome, data di nascita.*

|  |                                                                                                   |                                              |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|  | <b>TIPIZZAZIONE 1° LIVELLO DI COMPATIBILITA' (HLA CLASSE I e II)</b>                              | • n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA |
|  | <b>ATTIVAZIONE MUD</b>                                                                            | • n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA |
|  | <b>TEST DI CONFERMA FINALE</b><br><input type="checkbox"/> FAMILIARE <input type="checkbox"/> MUD | • n. 2 provette vacutainer da 9 ml in K3EDTA |
|  | <b>RICERCA ANTICORPI ANTI - HLA</b>                                                               | • n.1 provetta da 5 ml senza anticoagulante  |

**Inviare con la richiesta di prestazione le seguenti provette:**

|                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO RICHIEDENTE | DATA PRELIEVO  |
|                                       | DATA RICHIESTA |