

 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	RICHIESTA DI INDAGINI DI IMMUNOGENETICA ASSOCIAZIONE HLA E MALATTIA DA UO GENETICA MEDICA AOU FERRARA	R14EFI Rev.2 Pag. 1/1 Data di applicazione: 30/09/2026
--	--	---

COGNOME	CODICE A BARRE
NOME	

DATA DI NASCITA	LUOGO
CODICE FISCALE	
RESIDENZA	
DIAGNOSI	
INDICAZIONE (Specificare Ag da ricercare)	
MEDICO RICHIEDENTE	
REPARTO/ ESTERNO	
TELEFONO U.O. Genetica Medica	0532 - 237773
PEC PER INVIO REFERTO	geneticamedica@pec.ospfe.it

Tipologia di campione: DNA .. ID Laboratorio di Genetica Medica – Ferrara.....
<i>N.B.</i> • <i>E' obbligatoria la compilazione di tutti i campi per l'esecuzione della prestazione</i> • <i>I campioni devono riportare data di prelievo, nome, cognome, data di nascita del paziente.</i>

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO REFERENTE U.O. Genetica Medica	DATA DEL PRELIEVO
---	-------------------