

 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 PER PAZIENTI EMATOLOGICI DA UO GENETICA MEDICA AOU FERRARA	R13EFI 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	
DATI ANAGRAFICI DEL PARENTE AFFETTO (nome, cognome e data di nascita)	
GRADO DI PARENTELA	☐ Fratello ☐ Sorella ☐ Madre ☐ Padre ☐ Figlio ☐ Cugino ☐ Altro.....
MEDICO RICHIEDENTE	
REPARTO/ESTERNO	
TELEFONO U.O. Genetica Medica	0532 - 237773
PEC PER INVIO REFERTO	geneticamedica@pec.ospfe.it

Prestazione Richiesta: TIPIZZAZIONE 1° LIVELLO DI COMPATIBILITA' (HLA CLASSE I e II)
Tipologia di campione: DNA ID Laboratorio di Genetica Medica – Ferrara.....
N.B. • E' obbligatoria la compilazione di tutti i campi per l'esecuzione della prestazione • I campioni devono riportare data di prelievo, nome, cognome, data di nascita del paziente.

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