

 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	STUDIO DEL CHIMERISMO POST-TRAPIANTO	R07EFI Rev. 4 Pag. 1/1 Data di applicazione: 30/09/2026
---	--	---

COGNOME	NOME	CODICE A BARRE

DATA DI NASCITA		LUOGO
CODICE FISCALE		
RESIDENZA		
REPARTO RICHIEDENTE		
TELEFONO		FAX
DATA TRAPIANTO		
INDICAZIONE		
DONATORE	☐ FAMILIARE Cognome Nome..... ☐ NON CORRELATO Codice identificativo.....	
CAMPIONE	☐ Paziente pre-trapianto ☐ Donatore ☐ Paziente post-trapianto	
MATERIALE	☐ Sangue midollare ☐ Sangue periferico ☐ Altro.....	
FOLLOW-UP POST-TRAPIANTO	☐ 30 giorni ☐ 60 giorni ☐ 90 giorni ☐ 180 giorni ☐ 6 mesi ☐ 1 anno ☐ Altro	

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 Nei pazienti con leucopenia (GB<1000/mm³) inviare n. 2 provette da 9 ml in K3EDTA oppure kit salivare (previo accordo telefonico). Le provette devono riportare data di prelievo, nome cognome, data di nascita.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO RICHIEDENTE	DATA PRELIEVO
	DATA RICHIESTA