

**INDAGINI DI IMMUNOGENETICA
ASSOCIAZIONE HLA E MALATTIA**

R11EFI

Rev. 3

Pag. 1/1

Data di applicazione:
15/06/2024

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

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

DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
DIAGNOSI	
INDICAZIONE (Specificare Ag da ricercare)	
REPARTO	
MEDICO REFERENTE	
TELEFONO/FAX	

E' obbligatoria la compilazione di tutti i campi per l'esecuzione della prestazione

Inviare con la richiesta di prestazione le seguenti provette:

PROVETTA DA INVIARE

n. 1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA

Le provette devono riportare data di prelievo, nome cognome, data di nascita.

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE	DATA PRELIEVO
	DATA RICHIESTA