

**INDAGINI DI IMMUNOGENETICA  
PER CANDIDATI A TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO DA DONATORE  
VIVENTE**

**R09EF1**

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		
INDICAZIONE	<input type="checkbox"/> <b>RICEVENTE</b> TRAPIANTO DA VIVENTE [ <input type="checkbox"/> RENE <input type="checkbox"/> FEGATO ] <input type="checkbox"/> <b>DONATORE</b> TRAPIANTO DA VIVENTE [ <input type="checkbox"/> RENE <input type="checkbox"/> FEGATO ] <b>PROPOSITUS</b> _____	
REPARTO MEDICO REFERENTE		
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 _____

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

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

<b>Studio immunogenetica prima valutazione di compatibilità</b>		
Tipizzazione HLA	<input type="checkbox"/>	<b>Ricevente</b> n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA n.2 provette da 5 ml senza anticoagulante
Cross-match pre-trapianto (Linfocitotossicità)	<input type="checkbox"/>	<b>Donatore</b> n.2 provette vacutainer da 9 ml in ACD n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA
Ricerca anticorpi anti-HLA	<input type="checkbox"/>	
<b>Studio di conferma finale pre-trapiantologico</b>		
Cross-match pre-trapianto (Linfocitotossicità)	<input type="checkbox"/>	<b>Ricevente</b> n.2 provette da 5 ml senza anticoagulante
Ricerca anticorpi anti-HLA	<input type="checkbox"/>	<b>Donatore</b> n.2 provette vacutainer da 9 ml in ACD
Tipizzazione HLA (controllo)	<input type="checkbox"/>	<b>Ricevente</b> n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA
	<input type="checkbox"/>	<b>Donatore</b> n.1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA

**N.B. Tutte le provette devono riportare data di prelievo, nome cognome, data di nascita.**

<b>FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE</b>	<b>DATA PRELIEVO</b>
	<b>DATA RICHIESTA</b>