

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma**

## **ATTENZIONE!**

**Sono state aggiornate le ISTRUZIONI  
PER LA COMPILAZIONE DELLE  
IMPEGNATIVE (pag. 5-6-7)**

**A breve, verranno inviate istruzioni con  
ulteriore aggiornamento a seguito  
dell'introduzione del nuovo nomenclatore  
tariffario regionale**

**10-01-2024**

## **MODALITA' PER IL PRELIEVO E L'INVIO DEI SIERI PER LA RICERCA DEGLI ANTICORPI CITOTOSSICI**

I pazienti in lista di attesa per trapianto renale presso la lista unica della regione Emilia Romagna devono inviare i sieri per la ricerca degli anticorpi citotossici al Laboratorio di Immunogenetica di Parma con cadenza trimestrale secondo le seguenti modalità:

**QUANDO:** entro i primi 10 giorni dei mesi di Febbraio, Maggio, Agosto e Novembre

### **MODALITA' DI PRELIEVO:**

1. il paziente deve essere a DIGIUNO da almeno 4 ore
2. il prelievo deve essere eseguito PRIMA della seduta dialitica
3. prelevare 7-8 ml di sangue e trasferirlo in una provetta PRIVA DI ANTICOAGULANTE

### **MODALITA' PREPARAZIONE SIERO:**

1. lasciare sierare a temperatura ambiente per almeno 2 ore
2. centrifugare per 10 min a 2500-3000 RPM
3. trasferire il siero, ponendo attenzione a non trasportare il coagulo e i residui di fibrina, in 2 provette tipo eppendorf safe-lock da 1.5 ml, non superando la quantità massima di 1 ml

**IMPORTANTE: se il siero risultasse emolizzato ripetere il prelievo**

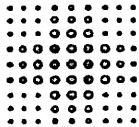
**NB:** le eppendorf safe-lock hanno il tappo a tenuta, non sigillare con altri mezzi  
(Es: scotch,parafilm,cerotti,ecc...)

### **IDENTIFICAZIONE SIERO:**

1. apporre su ciascuna eppendorf le etichette prestampate fornite dal Laboratorio di Immunogenetica di Parma (unico invio annuale) avendo cura di aggiungere, nello spazio apposito prima del mese e anno, il giorno esatto del prelievo.
2. per i pazienti di cui non fossero disponibili le etichette prestampate utilizzarne di autoadesive, possibilmente scritte a computer riportando il centro dialisi (provenienza), cognome-nome, data di nascita, data del prelievo comprensiva di: GIORNO-MESE-ANNO

<b>PROVENIENZA</b>
COGNOME
NOME
DATA DI NASCITA
DATA DEL PRELIEVO

<b>PARMA</b>
ROSSI
MARIO
01/01/1800
03/02/2022



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

S.S.D. Immunogenetica dei Trapianti  
Laboratorio Accreditato EFI  
Via Gramsci, 14 - 43126 Parma

Laboratorio: tel. 0521 / 702019 - fax 0521/702413  
mail: immunogenetica@ao.pr.it

**IMPORTANTE:** qualora il paziente venga sottoposto a trasfusione di sangue, altri emoderivati o espianto di precedente trapianto dovrà essere eseguito un ulteriore prelievo da inviare al Laboratorio di Immunogenetica di Parma accompagnato da richiesta con specifica della motivazione, indipendentemente dall'invio periodico, rispettando la seguente tempistica:

1. in caso di trasfusione eseguire il prelievo a distanza di 15 giorni
2. in caso di espianto eseguire il prelievo a 7 e 15 giorni dall'intervento

**DOVE INVIARE I SIERI:**

S.S.D. IMMUNOGENETICA DEI TRAPIANTI  
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO PROVINCIALE  
PADIGLIONE CATTANI N°15 (1° PIANO)  
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA  
VIA GRAMSCI 14  
43126 PARMA

**COME INVIARE:**

- a temperatura ambiente
- busta imbottita
- invio cumulativo: riunire i campioni dei pazienti del centro dialisi e provvedere ad un unico invio. Nell'attesa i campioni possono essere congelati fino alla data di spedizione (nel caso tale procedura deve essere segnalata)

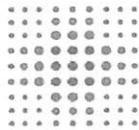
**MEZZO DI SPEDIZIONE:**

- mezzo dell'azienda dal lunedì al venerdì ore 8.30 alle ore 16.00
- posta celere da lunedì al giovedì
- corriere espresso (porto franco) dal lunedì al venerdì ore 8.30 alle ore 16.00

**mezzi che comunque garantiscano la consegna entro le 24 ore dalla spedizione**

**INVIO SCHEDE DI AGGIORNAMENTO:** le schede di aggiornamento clinico trimestrale devono essere inviate al centro trapianti che ha in carico i pazienti e **NON ALL'IMMUNOGENETICA**

**NB: I SIERI CHE NON PERVERRANNO NEI TEMPI E NEI MODI INDICATI, VERRANNO CONSIDERATI NON INVIAZI E, CONSEGUENTEMENTE, IL PAZIENTE VERRÀ TEMPORANEAMENTE SOSPESO DALLA LISTA ATTIVA.**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

S.S.D. Immunogenetica dei Trapianti  
Laboratorio Accreditato EFL  
Via Gramsci, 14 - 43126 Parma

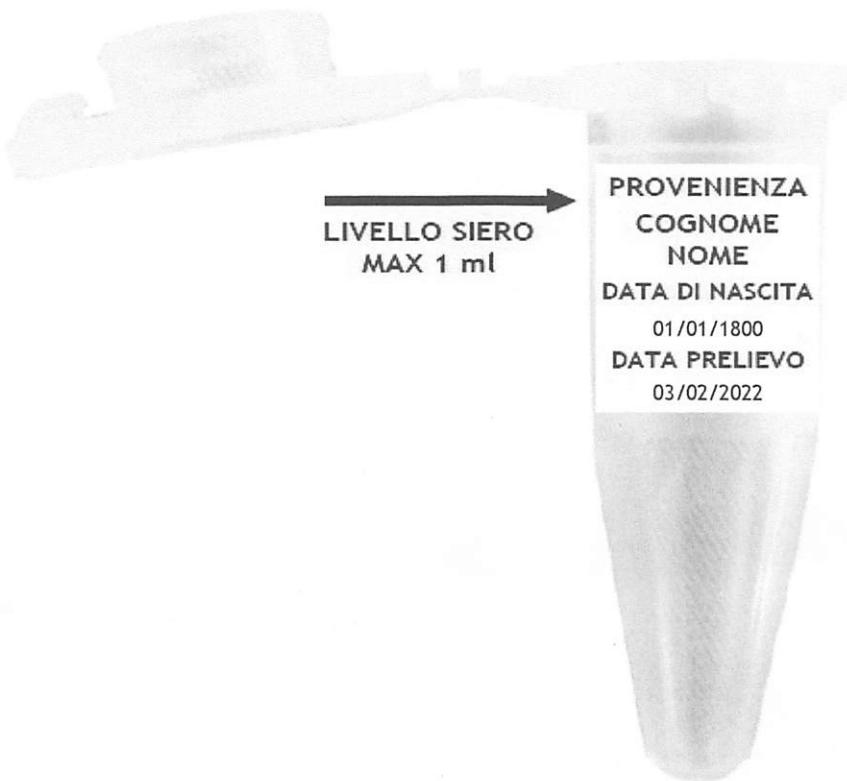
Laboratorio: tel. 0521 / 702019 - fax 0521/702413  
mail: immunogenetica@ao.pr.it

## SCHEMA ETICHETTATURA EPPENDORF

Ritagliare l'etichetta per non coprire le scritte e fissarla con scotch trasparente sull'eppendorf

### EPPENDORF SAFE-LOCK

Cod.0030120.086



Si comunica che in caso di difficoltà nel reperire provette tipo eppendorf safe-lock , i centri dialisi con un numero limitato di pazienti possono farne richiesta scritta, tramite fax (0521/702413) o tramite mail all'indirizzo immunogenetica@ao.pr.it, al nostro laboratorio che provvederà direttamente all'invio delle stesse.

## **SCHEMA ETICHETTE**

Ricordiamo che è di fondamentale importanza indicare la data del prelievo comprensiva di GIORNO-MESE-ANNO.

Il nostro Laboratorio provvede ad inviare le etichette prestampate una volta l'anno, pertanto siamo impossibilitati a prevedere il calendario prelievi di ciascun centro dialisi.

Per questo motivo le etichette riportano unicamente il mese e l'anno.

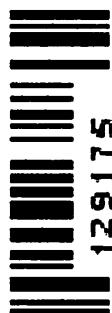
L'indicazione del giorno spetta al centro dialisi di competenza.

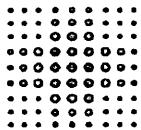
L'informazione mancante deve essere scritta con biro o pennarello indelebile davanti al mese nello spazio apposito (non dopo l'anno).

L'etichetta deve essere apposta sull'eppendorf avendo cura di avvolgerla senza coprire i dati riportati sulla stessa.

### **Esempio:**

Parma  
**COGNOME**  
**NOME**  
01/01/1800  
  
3 feb 2022





**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma**

**S.S.D. Immunogenetica dei Trapianti  
Laboratorio Accreditato EFI  
Via Gramsci, 14 - 43126 Parma**

Laboratorio: tel. 0521 / 702019 - fax 0521/702413  
mail: immunogenetica@ao.pr.it

## **ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE IMPEGNATIVE**

Possono essere compilate alternativamente in due modi: S.S.N. CLASSICHE o ELETTRONICHE

### **IMPEGNATIVE SSN CLASSICHE:**

inviare n° 2 impegnative:

- ricerca anticorpi anti HLA citofluorimetrica (pre trapianto) X 8, cod. 90.73.5
- crioconservazione siero pre-trapianto, cod. 90.60.4

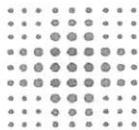
firmate dal medico (e dall'assistito se fuori regione ER)  
compilare le impegnative in modo corretto e comprensibile, preferibilmente a computer.

### **O IN ALTERNATIVA**

### **IMPEGNATIVE ELETTRONICHE:**

Le impegnative dematerializzate per lo screening trimestrale dei pazienti in lista di attesa riportano prescrizioni/codici diversi rispetto alle impegnative del SSN classiche (rosse). Nello schema sottostante viene indicato l'equivalente (NB: i codici potrebbero cambiare da regione a regione, ma la prescrizioni sono quelle indicate nello schema sottostante):

IMPEGNATIVE ROSSE		IMPEGNATIVE DEMATERIALIZZATE	
PRESCRIZIONE REGIONALE	CODICE REGIONALE	PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATE	CODICE DEMATERIALIZZATE
CRCOCONSERVAZIONE SIERO PRE TRAPIANTO	90.60.4	CRCOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	1304.001
RICERCA PERIODICA ANTICORPI ANTI HLA CITOFLUORIMETRICA PRE TRAPIANTO x8	90.73.5	PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA	1369.001



Oltre ad inserire la corretta prescrizione/codice, è fondamentale aggiornare anche la **QUANTITA'** delle prestazioni da effettuare. In particolare:

- la prestazione **CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO** con codice 90.60.4 oppure 1304.001 deve essere caricata 1 volta indicando **1** nella casella **Quantità** (fig. 1)
- la prestazione **PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA** con codice 90.73.5 oppure 1369.001 deve essere caricata 8 volte indicando **8** nella casella **Quantità** (fig. 1)

Descrizione:	Codice	Cod. Min.	Quantita
CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	1304.001	90.60.4	1
PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA	1369.001	90.73.5	8

Fig. 1

Si raccomanda di eseguire le due impegnative separatamente, in modo che le prestazioni vengano raggruppate e stampate correttamente, come negli esempi riportati di seguito.

Le impegnative dematerializzate correttamente compilate vengono stampate come negli esempi in Fig. 2 e 3.



S.S.D. Immunogenetica dei Trapianti  
Laboratorio Accreditato EFI  
Via Gramsci, 14 - 43126 Parma

Laboratorio: tel. 0521 / 702019 - fax 0521/702413  
mail: immunogenetica@ao.pr.it

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO:

INDIRIZZO	CAP	CITTÀ	PROV:																											
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:																											
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESCRIZIONE</th> <th>QTA</th> <th>NOTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>90.60.4 (1304.001) - CRICONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO PRIMO ACCESSO</td><td>1</td><td>---</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	90.60.4 (1304.001) - CRICONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO PRIMO ACCESSO	1	---																					
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA																												
90.60.4 (1304.001) - CRICONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO PRIMO ACCESSO	1	---																												

QUESITO DIAGNOSTICO:  
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 5 TIPO RICETTA: Assist SSN DATA: Medico:  
CODICE AUTENTICAZIONE:

**Fig. 2**

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO:

INDIRIZZO:	CAP:	CITTÀ:	PROV																											
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:																											
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESCRIZIONE</th> <th>QTA</th> <th>NOTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO</td><td>1</td><td>---</td></tr> <tr><td>90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO</td><td>1</td><td>---</td></tr> <tr><td>90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO</td><td>1</td><td>---</td></tr> <tr><td>90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO</td><td>1</td><td>---</td></tr> <tr><td>90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO</td><td>1</td><td>---</td></tr> <tr><td>90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO</td><td>1</td><td>---</td></tr> <tr><td>90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO</td><td>1</td><td>---</td></tr> <tr><td>90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO</td><td>1</td><td>---</td></tr> </tbody> </table>				PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---	90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---	90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---	90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---	90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---	90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---	90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---	90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA																												
90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---																												
90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---																												
90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---																												
90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---																												
90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---																												
90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---																												
90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---																												
90.73.5 (1369.001) - PROVA COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA PRIMO ACCESSO	1	---																												

QUESITO DIAGNOSTICO:  
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 8 TIPO RICETTA: Assist SSN DATA: Medico:  
CODICE AUTENTICAZIONE:

**Fig. 3**