

PRENOTAZIONI CANDIDATI TRAPIANTO DA DONATORE VIVENTE

PRESIDIO OSPEDALIERO/ U.O. _____

COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	TELEFONO	LIVELLO ESAME*	DATA TRAPIANTO	DATA INVIO CAMPIONI
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		

**Inviare al fax n° 051/636 3015 oppure all'indirizzo mail
immunogenetica2@aosp.bo.it**

*1= Studio immunogenetico prima valutazione di compatibilità
2= Conferma pre-trapianto: tipizzazione HLA
3= Conferma pre-trapianto: cross-match e ricerca anticorpi anti-HLA

