

**RICHIESTA DI INDAGINI DI
IMMUNOGENETICA ASSOCIAZIONE
HLA E MALATTIA
DA
UO GENETICA MEDICA
AOU FERRARA**

R14EFI

Rev.1

Pag. 1/1

Data di
applicazione:
15/06/2024

COGNOME	CODICE A BARRE
NOME	

DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
DIAGNOSI	
INDICAZIONE (Specificare Ag da ricercare)	
MEDICO RICHIEDENTE	
REPARTO/ ESTERNO	
TELEFONO U.O. Genetica Medica	0532 - 237773
PEC PER INVIO REFERTO	geneticamedica@pec.ospfe.it

Tipologia di campione: DNA ..
ID Laboratorio di Genetica Medica – Ferrara.....
N.B. <ul style="list-style-type: none">E' obbligatoria la compilazione di tutti i campi per l'esecuzione della prestazione

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO REFERENTE U.O. Genetica Medica	DATA DEL PRELIEVO
---	-------------------