

**STUDIO DEL CHIMERISMO
POST-TRAPIANTO**

R07EFI

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	
RESIDENZA	
REPARTO	
TELEFONO/FAX	
DATA TRAPIANTO	
INDICAZIONE	
DONATORE	<input type="checkbox"/> FAMILIARE Cognome Nome..... <input type="checkbox"/> NON CORRELATO Codice identificativo.....
CAMPIONE	<input type="checkbox"/> Paziente pre-trapianto <input type="checkbox"/> Donatore <input type="checkbox"/> Paziente post-trapianto
MATERIALE	<input type="checkbox"/> Sangue midollare <input type="checkbox"/> Sangue periferico <input type="checkbox"/> Altro.....
FOLLOW-UP POST-TRAPIANTO	<input type="checkbox"/> 30 giorni <input type="checkbox"/> 60 giorni <input type="checkbox"/> 90 giorni <input type="checkbox"/> 180 giorni <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 1 anno <input type="checkbox"/> Altro

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

Inviare con la richiesta di prestazione le seguenti provette:

n. 1 provetta vacutainer da 9 ml in K3EDTA

Nei pazienti con leucopenia (GB<1000/mmc) inviare n. 2 provette da 9 ml in K3EDTA
oppure kit salivare

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

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE	DATA PRELIEVO
	DATA RICHIESTA