

Etichetta di accettazione
 (ad uso del laboratorio)

SEZIONE 1: UO di Destinazione

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALLA UO ANATOMIA PATOLOGICA 1
DIRETTORE: PROF. ANTONIO GIUSEPPE NACCARATO | <input type="checkbox"/> ALLA UO ANATOMIA PATOLOGICA 3
DIRETTRICE: PROF.SSA CLARA UGOLINI |
|--|---|

SEZIONE 2: UO/SOD inviante (stampatello)

SPECIFICARE SE IL PAZIENTE È IN CARICO AD UN REPARTO DIVERSO DA QUELLO INVIANTE: _____

SEZIONE 3: Dati anagrafici Paziente

COGNOME	NOME	SESSO
NATO IL	A	
RESIDENTE IN		
CITTÀ	PROV	CODICE FISCALE

SEZIONE 4: Tipologia amministrativa

Ricoverato <input type="checkbox"/> n. nosologico	Day Hospital <input type="checkbox"/> n. nosologico	AMBULATORIALE <input type="checkbox"/> (la richiesta deve essere accompagnata dall'impegnativa)	Attività libero professionale <input type="checkbox"/> Nome Patologo/Equipe	Consulenza <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	-------------------------------------

SEZIONE 5: Richiesta Analisi Molecolare

<input type="checkbox"/> HELIX CF-DNA STABILIZATION TUBES		DATA PRELIEVO: ___/___/___
N° PROVETTE: _____		ORA PRELIEVO: ___:___
CODICI CATALOGO REGIONALE (DA INSERIRE NELL'IMPEGNATIVA)	MARCATORE (SELEZIONARE ESAME DESIDERATO)	CODIFICA DA INSERIRE SU WINSAP (AD USO DEL LABORATORIO)
8904	<input type="checkbox"/> TEST NGS PER ADENOCARCINOMA METASTATICO DEL POLMONE	BL_NGS
8905	<input type="checkbox"/> ANALISI DI SEQUENZE GENICHE SEQ. MASSIVO PARALLELO COLANGIOCARCINOMA/CARCINOMA VIE BILIARI AVANZATO	BL_SEQ
KGS042	<input type="checkbox"/> SEQUENZIAMENTO GENICO AMPIO SPETTRO PER CARCINOMA DEL COLON RETTO METASTATICO SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	
KGS076	<input type="checkbox"/> SEQUENZIAMENTO GENICO AMPIO SPETTRO PER CARCINOMA MAMMARIO AVANZATO SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	
RICHIESTA ANALISI MOLECOLARE SINGLE GENE KGM193	<input type="checkbox"/> EGFR	
	<input type="checkbox"/> KRAS	
	<input type="checkbox"/> BRAF	
	<input type="checkbox"/> ESR1	
	<input type="checkbox"/> Altri Geni Specificare:	

SEZIONE 6: Diagnosi clinica e Dati Clinici

ESAMI MOLECOLARI PREGRESSI:	SI <input type="checkbox"/> (SPECIFICARE COSA)	NO <input type="checkbox"/>
PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON FARMACI BIOLOGICI:	SI <input type="checkbox"/> (SPECIFICARE COSA)	NO <input type="checkbox"/>

SEZIONE 7: Identificazione del Mittente

NOMINATIVO MEDICO RICHIEDENTE: _____

FIRMA: _____ TEL.: _____ DATA: _____
 (TIMBRO O CODICE IDENTIFICATIVO REGIONALE)