

U.O.SEMP.DIAGNOSTICA CITOFUORIMETRICA H772	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO MODULO		MODH772_0041LAB		
	MODULO DI RICHIESTA DI ANALISI IMMUNOFENOTIPICA MEDIANTE CITOFUORIMETRIA		Rev. 3	Data 28/01/2019	Pag 1 di 1

Data:		Ora di prelievo		Indagini fenotipiche già eseguite presso il ns Centro: NO Si		
Cognome:		Nome:		Data nascita (obbligatoria): ...../...../.....		
CENTRO DI COSTO (obbligatorio):			Reparto (Indicare indirizzo)		FAX: TEL:	
Medico referente:			Primario:			
Quesito diagnostico (obbligatorio per l'allestimento appropriato delle reazioni):			Notizie di laboratorio:			
<input type="checkbox"/>	Retroviriosi, AIDS, HIV materno-fetale, disordini del compartimento T: Analisi Sottopopolazioni T (CD4+, CD8+)			Emocromo effettuato in data:..... (o allegare copia emocromo recente) (obbligatorio per esami onco-ematologia)		
<input type="checkbox"/>	Infezioni, autoimmunità, disordine immune: Analisi Fenotipo Linfocitario Completo (Linfociti T, B, NK, CD4+, CD8+)			% Neutrofili		GB /mm3
				% Linfociti		GR/mm3
				% Monociti		Piastrine/mm3
<input type="checkbox"/>	Sospetto	LNH B		% Eosinofili		
<input type="checkbox"/>	Sospetto	LNH T/NK		% Basofili		Picco monoclonale in $\gamma$ globuline: (immunofissazione) (Specificare).
<input type="checkbox"/>	Sospetta	Gammopatia Monoclonale (MM, MGUS)				
<input type="checkbox"/>	Sospetta	Leucemia Acuta (caratterizzazione di linea)		Notizie cliniche:		
<input type="checkbox"/>	Sospetta	Sindrome Mielodisplastica (SMD)		Terapia con anti CD20?		Terapia con anti- CD33?
<input type="checkbox"/>	Stadiazione, Rivalutaz. LNH B (indicare istotipo):			Altre terapie e notizie cliniche (specificare):		
<input type="checkbox"/>	Fenotipo alla diagnosi e restrizione clonale:					
<input type="checkbox"/>	Stadiazione, Rivalutaz. LNH T/NK (indicare istotipo):					
<input type="checkbox"/>	Fenotipo alla diagnosi:					
<input type="checkbox"/>	Rivalutazione SMD			Materiale inviato:		
<input type="checkbox"/>	Stadiazione, Rivalutazione (MM, MGUS)			<input type="checkbox"/>	Sangue periferico (1 prov emocromo)	
<input type="checkbox"/>	Fenotipo alla diagnosi e restrizione clonale:			<input type="checkbox"/>	Aspirato midollare (in 1 prov emocromo) (Consegna)	
				<input type="checkbox"/>	Liquor (min 2 ml) (Consegna squadre urgenti)	
				<input type="checkbox"/>	Liquido pleurico (in prov contenente 1 goccia EPARINA)	
<input type="checkbox"/>	Rivalutazione, Malattia Minima Residua in LAL B			<input type="checkbox"/>	Liquido ascitico (in prov contenente 1 goccia EPARINA Vister)	
<input type="checkbox"/>	Fenotipo alla diagnosi e anomalia citogenetica :			<input type="checkbox"/>	Lavaggio Broncoalveolare (BAL)	
				<input type="checkbox"/>	Altro materiale (indicare):	
<input type="checkbox"/>	Rivalutazione, Malattia Minima Residua in LAL T			Specificare il quesito diagnostico specifico:		
<input type="checkbox"/>	Fenotipo alla diagnosi e anomalia citogenetica :					
<input type="checkbox"/>	Rivalutazione, Malattia Minima Residua in LAM			Timbro e Firma Medico Richiedente:		
<input type="checkbox"/>	Fenotipo alla diagnosi e anomalia citogenetica :					
<input type="checkbox"/>	Altro (previo accordo telefonico):					

<p><b>Luogo di Consegna:</b> U.O.S. Diagnostica Citofluorimetrica, Pad 15 (Ex IST), P/2 (Dott.ssa E.Tedone, Dott.ssa R. Mangerini, P.Contini, N.Colombo)</p> <p>Tel: 010/555 5952 FAX: 010/555 6392</p> <p><b>Orario di accettazione:</b> ore 8-15 (Lunedì - Giovedì) (i campioni che pervengono dopo tale orario vengono processati il giorno dopo), Venerdì e pre-festivi (8-14) (i campioni che pervengono dopo tale orario vengono processati il giorno lavorativo successivo)</p>
--

Redatto UO	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
---------------	-------------------------	-----------------------------