



ID campione (riservato al personale CRIMM): #

Per il laboratorio del Centro Innovazione e Ricerca per le Malattie Mieloproliferative (CRIMM)

ATTENZIONE: TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI.

COGNOME: _____ **NOME:** _____

SESSO: M F **DATA DI NASCITA:**/...../.....(gg/mm/aaaa)

NATO A : _____ **Prov. di** _____

RESIDENTE A: _____ **Prov. di** _____

In via/Piazza _____ **n.** _____

CODICE FISCALE: _____

SOSPETTO DIAGNOSTICO: _____

TIPOLOGIA DI CAMPIONE INVIATO: **SANGUE PERIFERICO** **ALTRO (SPECIFICARE):** _____
 SANGUE MIDOLLARE _____

Esami richiesti (barrare la casella in corrispondenza dell'esame richiesto):

- | | | | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> JAK2V617F | <input type="checkbox"/> CALR (esone 9) | <input type="checkbox"/> cKITD816V | <input type="checkbox"/> IDH1 (esone 4) | <input type="checkbox"/> IDH2 (esone 4) |
| <input type="checkbox"/> JAK2 (esone 12) | <input type="checkbox"/> MPL (esone 10) | <input type="checkbox"/> SF3B1 (esoni 14-15) | <input type="checkbox"/> Esame Clonalità HUMARA | |

Solo per prelievi interni:

- Pacchetto Diagnostico per sospetto di Trombocitemia Essenziale / Mielofibrosi
- Pacchetto Diagnostico per sospetto di Policitemia Vera

- Pannello riarrangiamenti rari ***
- Pannello NGS per neoplasie mieloidi
- Pannello NGS mutazioni rare eritrocitosi / piastrinosi

*** per sospetta sindrome ipereosinofila da richiedere in secondo livello dopo esame FIP1L1PDGFRa condotto con metodica FISH con esito negativo o non esaustivo.

Solo prelievo alla diagnosi:

- NPM1 qualitativo
- FLT3 ITD
- FLT3 TDK
- PML-RARa qualitativo
- CBFβ-MYH11 [inv16] qualitativo
- AML1-ETO [t(8;21)] qualitativo
- Pannello Leucemie acute mieloidi (ELN)
- CEBPa

Prelievi successivi alla diagnosi:

- NPM1 quantitativo
- PML-RARa quantitativo
- CBFβ-MYH11 [inv16] quantitativo
- AML1-ETO[t (8;21)] quantitativo
- CEBPa

Struttura Richiedente: _____

Telefono: _____

Medico Richiedente: _____

Firma Medico: _____

Data della Richiesta: ____/____/____

Data Prelievo: ____/____/____

Se richiesto invio mediante Posta Elettronica: