



**Campioni da consegnare al Laboratorio di Citometria, Pad. 15 (Piastra dei servizi), 1° piano, Stanza B113 / B114
dal LUNEDI' al VENERDI' ENTRO LE ORE 15**

all'attenzione di: Dott.ssa Bencini, Dott. Caporale o Dott. ssa Peruzzi

tel. 055- 7949023 e-mail: citofluorimetria@aou-careggi.toscana.it

Il presente modulo compilato deve essere allegato al campione (provetta EDTA tappo viola)

COGNOME NOME PAZIENTE : _____

DATA DI NASCITA: ____/____/____ SESSO : M F CODICE FISCALE: _____

DATI EMOCROMO: WBC: _____ Hb _____ PLT _____

COMMENTI FORMULA LEUCOCITARIA _____

CONSULENZA EMATOLOGICA ESEGUITA: SI NO

PROVENIENZA (necessaria per accettazione ed eventuali comunicazioni)

RICOVERATO AOU-CAREGGI Reparto (codice): _____ Tel. Int. _____

ESTERNO ALTRI OSPEDALI Ospedale: _____ Reparto: _____

Tel Reparto: _____ Fax Reparto: _____

SOSPETTO DIAGNOSTICO: _____

NOTIZIE CLINICHE UTILI: _____

TERAPIA ESEGUITA: _____

MATERIALE DA ESAMINARE: _____

X	Codice	PANNELLO RICHIESTO
	8375	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA LEUCOCITARIA DI BASE (compresi eventuali approfondimenti)
	8373	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA PER PATOLOGIA LINFOPROLIFERATIVA (compresi eventuali approfondimenti)
	8371	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA LEUCOCITARIA SU CAMPIONE DI SANGUE MIDOLLARE (compresi eventuali approfondimenti)
	8370	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA PER MIELOMA MULTIPLO/LEUCEMIA PLASMACELLULARE (compresi eventuali approfondimenti)
	8367	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA PER LEUCEMIA ACUTA (compresi eventuali approfondimenti)
	8366	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA PER IDENTIFICAZIONE DI CLONI DI EMOGLOBINURIA PAROSSISTICA NOTTURNA
	4516	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA LINFOCITARIA SU LIQUIDI CAVITARI (ALTRO)
	4515	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA LINFOCITARIA SU LIQUOR
	4514	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA LINFOCITARIA SU LAVAGGIO BRONCOALVEOLARE (BAL)
	4512	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA PER SINDROME IPEREOSINOFILA
	4505	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA PER CONTA CD34
	4502	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA PER PIASTRINOPATIE
	4501	TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA CELLULE FETALI CIRCOLANTI (DETERMINAZIONE DELL'EMORRAGIA FETO/MATERNA)

Altro (specificare) _____

VALUTAZIONE MALATTIA MINIMA RESIDUA

MEDICO RICHIEDENTE: _____ Data Richiesta: ____/____/____