



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 fax. 055-7948903 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

DATI EMOCROMO: WBC: _____ **Hb** _____ **PLT** _____

COMMENTI FORMULA LEUCOCITARIA _____

CONSULENZA EMATOLOGICA ESEGUITA: SI NO

PROVENIENZA (necessaria per accettazione ed eventuali comunicazioni)

ESTERNO ALTRI OSPEDALI

nato/a il ____ / ____ / a _____ Residente in : _____

Prov. ____ Via _____ Nr _____ CAP _____ Cod. Fisc. _____

Ospedale: _____ Reparto: _____

Tel Reparto: _____ Fax Reparto: _____

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

NOTIZIE CLINICHE UTILI: _____

MATERIALE (specificare): _____

SOSPETTO DIAGNOSTICO / **VALUTAZIONE MALATTIA MINIMA RESIDUA:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tipizzazione linfocitaria | <input type="checkbox"/> Emoglobinuria Parossistica Notturna (EPN) |
| <input type="checkbox"/> Leucemia Linfoblastica Acuta | <input type="checkbox"/> Leucemia Mieloide Acuta |
| <input type="checkbox"/> Studio linfoproliferative B | <input type="checkbox"/> Studio linfoproliferative T |
| <input type="checkbox"/> Mielodisplasia | <input type="checkbox"/> Mastocitosi |
| <input type="checkbox"/> Mieloma Multiplo | <input type="checkbox"/> Sindrome Ipereosinofila |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | |

Medico richiedente: _____ **Data Richiesta:** ____/____/____