



(riservato al personale CRIMM)

ID campione:.....Data Check-in :

Per il laboratorio del Centro Ricerca e Innovazione 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:** _____

CODICE FISCALE: _____

SOSPETTO DIAGNOSTICO: _____

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

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

ESAMI SINGOLI:

- JAK2V617F CALR (esone 9) cKITD816V IDH1 (esone 4) IDH2 (esone 4)
 JAK2 (esone 12) MPL (esone 10) SF3B1 (esoni 14-15)

PACCHETTI DIAGNOSTICI:

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

PANNELLI Next Generation Sequencing:

- 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.

Su prelievo di LAM alla diagnosi:

- NPM1
 FLT3 ITD
 FLT3 TDK
 PML-RAR α
 CBF β -MYH11 [inv16]
 AML1-ETO [t(8;21)]
 CEBP α

Sui prelievi successivi alla diagnosi di LAM primitiva:

- NPM1 quantitativo
 PML-RAR α quantitativo
 CBF β -MYH11 [inv16] quantitativo
 AML1-ETO [t(8;21)] quantitativo

Struttura Richiedente: _____

Telefono: _____

Medico Richiedente: _____

Firma Medico: _____

Data della Richiesta: _____ / _____ / _____

Data Prelievo: _____ / _____ / _____