



## RICHIESTA ESAMI MOLECOLARI



(riservato al personale CRIMM)

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

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

**\* CAMPI OBBLIGATORI**

COGNOME \*: \_\_\_\_\_ NOME \*: \_\_\_\_\_

SESSO \*: M  F  DATA DI NASCITA\*:...../...../..... (GG/MM/AAAA)

NATO A \*: \_\_\_\_\_ PROV. \*: \_\_\_\_\_

RESIDENTE A: \_\_\_\_\_ PROV. : \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \*: \_\_\_\_\_

SOSPETTO DIAGNOSTICO \*: \_\_\_\_\_

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

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

<b>ESAMI SINGOLI:</b>	
<input type="checkbox"/> JAK2V617F	<input type="checkbox"/> CALR (esone 9) <input type="checkbox"/> cKITD816V <input type="checkbox"/> IDH 1/2 (esoni 4)
<input type="checkbox"/> JAK2 (esone 12)	<input type="checkbox"/> MPL (esone 10) <input type="checkbox"/> SF3B1 (esoni 14-15)
<b><u>PACCHETTI DIAGNOSTICI:</u></b>	<b><u>PANNELLI Next Generation Sequencing:</u></b>
<input type="checkbox"/> Pacchetto Diagnostico per sospetto di Trombocitemia Essenziale / Mielofibrosi	<input type="checkbox"/> Pannello riarrangiamenti rari ***
<input type="checkbox"/> Pacchetto Diagnostico per sospetto di Policitemia Vera	<input type="checkbox"/> Pannello NGS per Neoplasie Mieloidi
	<input type="checkbox"/> 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.

<b><u>LAM alla diagnosi:</u></b>	<b><u>Prelievi successivi alla diagnosi di LAM :</u></b>
<input type="checkbox"/> NPM1	<input type="checkbox"/> NPM1 quantitativo
<input type="checkbox"/> FLT3 ITD	<input type="checkbox"/> PML-RAR $\alpha$ quantitativo
<input type="checkbox"/> FLT3 TDK	<input type="checkbox"/> CBF $\beta$ -MYH11 [inv16] quantitativo
<input type="checkbox"/> PML-RAR $\alpha$	<input type="checkbox"/> AML1-ETO [t(8;21)] quantitativo
<input type="checkbox"/> CBF $\beta$ -MYH11 [inv16]	<input type="checkbox"/> FLT3 ITD (MRD)
<input type="checkbox"/> AML1-ETO [t(8;21)]	<input type="checkbox"/> FLT3 TKD (MRD)

Struttura Richiedente: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Medico Richiedente: \_\_\_\_\_

Firma Medico: \_\_\_\_\_

Data della Richiesta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data Prelievo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_