



Modulo di Unità Operativa	MU/BR/GB 301555 009 Rev. 8 del 20.11.2024 Pagina 1 di 1
DAI Patologia e Diagnostica --- Dipartimento dei Servizi di Laboratorio UOC Laboratorio Analisi	
RICHIESTA ESAMI CITOGENETICI IN ONCOEMATOLOGIA	

RICHIESTA ESAMI SETTORE DI CITOGENETICA

Paziente _____

Data di nascita ____/____/____ Data del prelievo ____/____/____

Reparto _____ Day Hospital _____ Ambulatorio _____

Diagnosi _____ Stadio malattia _____

Data diagnosi ____/____/____

Paziente in terapia Si ☐ No ☐

Se sì con _____

Emocromo _____

Materiale

☐ SANGUE PERIFERICO (provetta NaEp)

☐ MIDOLLO (provetta NaEp)

☐ altro _____

Indagine richiesta

☐ Cariotipo

☐ Ricerca cromosoma Ph'

☐ FISH specificare _____

Precedenti analisi citogenetiche e/o molecolari

☐ citogenetica VR

☐ altri Laboratori

Cariotipo _____

FISH _____

Test molecolari _____

NOTE _____

Richiesta urgente

☐ SI

☐ ENTRO 30 GIORNI

☐ NO

MEDICO RICHIEDENTE _____ TELEFONO _____
(stampatello)

MEDICO REFERENTE _____ TELEFONO _____
(stampatello)