SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

**Unità Operativa di Anatomia e Istologia Patologica**
**Dipartimento Diagnostico**
*Direttore: Prof. Enrico Maria Silini*

# RICHIESTA DI ESAME DIAGNOSTICO MOLECOLARE

□ ***Ricoverato*** □ ***Day Service*** □ ***Ambulatoriale*** □ ***Libera professione***

Allegare prescrizione SSN o autorizzazione di spesa dell'Ospedale Richiedente

## *DATI IDENTIFICATIVI PAZIENTE*

COGNOME*……

NOME*……

SESSO* M F DATA DI NASCITA* □□.□□.□□(GG.MM.AA)

COMUNE DI NASCITA*……

COMUNE DI RESIDENZA*……

CF* □□□□□□□□□□□□□□□□

**N. nosologico**
Applicare etichetta

## *INDAGINE RICHIESTA*

**FISH**
□ Her2/neu
□ del1p/19q
□ ALK
□ ROS-1
□ MYC (t 8;14)
□ IGH/BCL2 (t 14;18)

**BIOLOGIA MOLECOLARE**
□ mutazioni K-RAS
□ mutazioni N-RAS
□ mutazioni BRAF
□ mutazioni EGFR
□ metilazione MGMT
□ mutazioni IDH1/2
□ instabilità microsatellitare (MSI)
□ clonalità B linfociti
□ clonalità T linfociti

□ Altro (specificare ) ……

## *DATI IDENTIFICATIVI DEL TESSUTO SU CUI ESEGUIRE IL TEST*

□ MATERIALE INTERNO N. prelievo ……..

□ MATERIALE PROVENIENTE DA OSPEDALE ESTERNO

Ospedale di provenienza……
Sede del prelievo …….. Tipo di prelievo □ istologico □ citologico

N. prelievo □□□□□□□□□□ Allegare copia del referto originale

□ Blocco in paraffina
□ Vetrini in bianco per FISH (3 sezioni da 3 μ su vetrini carichi positivamente + 1 sezione colorata E&E)
□ Vetrini in bianco per biologia molecolare (10 sezioni da 10 μ su vetrini carichi positivamente + 1 sezione colorata E&E).

## *MEDICO RICHIEDENTE**

COGNOME E NOME ……..
REPARTO ……
N. TELEFONICO ……FAX……E-MAIL……

Firma e timbro* Data del prelievo □□.□□.□□(GG.MM.AA)

## *RISERVATO AL LABORATORIO*

Data di arrivo □□.□□.□□ Ora di arrivo □□,□□
Firma

**Codice interno**
Applicare etichetta

Note: ……

*campi obbligatori

**Informativa art. 13 del D.Lgs. 196/2003**: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, secondo le disposizioni previste dal D.lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), da personale all'uopo incaricato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, per lo svolgimento delle attività sopra descritte e per le finalità strettamente connesse ad esse. Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.lgs. 196/2003 rivolgendosi all'U.R.P. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (tel. 0521.703174 - urp@ao.pr.it).

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Dipartimento Diagnostico
Unità Operativa di Anatomia e Istologia Patologica
Laboratorio di Biologa Molecolare
Via Gramsci, 14 - 43126 Parma

Tel. 0521-704663/2011/2625 (Segreteria); 0521-702630 (Laboratorio)
e-mail SegreteriaAnatomiaPatologica@ao.pr.i
www.ao.pr.it

Partita Iva 01874240342