

MODULO DI REGISTRAZIONE
RICHIESTA DI DIAGNOSI MOLECOLARE
SU BIOPSIA LIQUIDA

Etichetta di accettazione
(ad uso del laboratorio)

SEZIONE 1: UO di Destinazione		
<input type="checkbox"/> Alla U.O. Anatomia Patologica 1 Direttore: Prof. Antonio Giuseppe Naccarato	<input type="checkbox"/> Alla U.O. Anatomia Patologica 3 Direttrice: Prof.ssa Clara Ugolini	
SEZIONE 2: UO/SOD inviante (stampatello)		
<i>Specificare se il paziente è in carico ad un reparto diverso da quello inviante:</i>		
SEZIONE 3: Dati anagrafici Paziente		
Cognome	Nome	Sesso
Nato il	a	
Residente in		
Città	Prov	Codice fiscale
SEZIONE 4: Richiesta Analisi Molecolare		
Per ciascun paziente sono richiesti 20 ml di sangue suddivisi in 2 provette Helix cf-DNA Stabilization tubes.		Data prelievo:
		Ora prelievo:
Codici catalogo regionale (da inserire nell'impegnativa)	MARCATORE (Selezionare esame desiderato)	Codifica da inserire su WinSAP (ad uso del laboratorio)
8904	<input type="checkbox"/> Test NGS per adenocarcinoma metastatico del polmone	BL_NGS
8905	<input type="checkbox"/> Analisi di sequenze geniche Seq. Massivo parallelo colangiocarcinoma/carcinoma vie biliari avanzato	BL_SEQ
KGS042	<input type="checkbox"/> Sequenziamento genico ampio spettro per carcinoma del colon retto metastatico suscettibile di trattamento farmacologico	
KGS076	<input type="checkbox"/> Sequenziamento genico ampio spettro per carcinoma mammario avanzato suscettibile di trattamento farmacologico (ESR1)	
Richiesta analisi molecolare single gene KGM193	<input type="checkbox"/> EGFR	
	<input type="checkbox"/> KRAS	
	<input type="checkbox"/> BRAF	
	<input type="checkbox"/> Altri Geni Specificare:	

SEZIONE 5: Diagnosi clinica e Dati Clinici		
Esami Molecolari pregressi	SI <input type="checkbox"/> (specificare cosa)	NO <input type="checkbox"/>
Paziente in trattamento con farmaci biologici	SI <input type="checkbox"/> (specificare cosa)	NO <input type="checkbox"/>
SEZIONE 6: Identificazione del Mittente		
Nominativo medico richiedente: _____		
Firma _____ (timbro o codice identificativo regionale)	Tel.: _____	Data _____

N.B.: richieste incomplete non verranno accettate