

Az. Osp. – Univ. Pisana	MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE SANITARIE/ALTRI ENTI <u>TEST HRD</u>	T15/PA148 Rev. 00 Del 07/03/2025 Pag. 1 di 1
-------------------------	--	--



**N.B.: NON ALLEGARE LA RICETTA DEMATERIALIZZATA
SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE**

RICHIEDENTE:

DATA INVIO CAMPIONI _____
 Az. USL TOSCANA NORD-OVEST _____
 Altre Az. USL/AOU _____
 Altri ENTI _____
 UO/SOD _____
 Referente invio campione _____
 Indirizzo _____
 Recapito telefonico _____
 Indirizzo e-mail _____

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
 UO Anatomia Patologica 1
 Direttore: Prof. Antonio Giuseppe Naccarato

CONSEGNARE A:

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
 SEGRETERIA ANATOMIE PATOLOGICHE
 Edificio 200A
Stabilimento di Cisanello (Pisa)

TEL. 050/992341

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____
 Data nascita _____ Sesso M F Comune di nascita _____
 C.F. _____ DATA RICOVERO _____ N. SDO _____ AMBULATORIALE

PRESTAZIONI RICHIESTE: da Catalogo prestazioni ambulatoriali Regione Toscana, Nomenclatore Tariffario Regione Toscana e/o Nomenclatore Tariffario Aziendale AOUP.

MATERIALE INVIATO: N. 1 INCLUSO FFPE E RELATIVA SEZIONE COLORATA IN EMATOSSILINA EOSINA
NUMERO ISTOLOGICO _____
6949 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE) DA SANGUE PERIFERICO, TESSUTI, COLTURE CELLULARI, VILLI CORIALI (TEST HRD)
KGS077 G8.04 SEQ. GEN. AMPIO SPETTRO PER CARCINOMA OVARICO AVANZATO-HRD, SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
(La procedura potrebbe esaurire il materiale originale inviato)

Quesito Diagnostico: _ TEST HRD Carcinoma Ovarico Avanzato

Ove prevista: AUTORIZZAZIONE Direz. Sanitaria/Direttore Lab. Analisi/Resp. Zona Distretto _____

Data _____ _____ Nome e Cognome Stampatello	Medico Responsabile _____ Timbro e Firma
---	--

Compilare anche: T.FE/PA148 "Modulo fatturazione elettronica" (da trasmettere solo al primo invio).