

Az. Osp. – Univ. Pisana	<u>MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA</u> PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE SANITARIE/ALTRI ENTI <u>RICERCA VARIANTE PATOGENETICA FAMILIARE</u>	T05/PA148 Rev. 00 del 07/03/2025 Pag. 1 di 1
-------------------------	--	--



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

<p style="text-align: center;">RICHIEDENTE:</p> DATA INVIO CAMPIONI _____ <input type="checkbox"/> Az. USL TOSCANA NORD-OVEST _____ <input type="checkbox"/> Altre Az. USL/AOU _____ <input type="checkbox"/> Altri ENTI _____ <input type="checkbox"/> UO/SOD _____ <input type="checkbox"/> CENTRO PRELIEVI/TERRITORIO _____ Referente invio campione _____ Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____	<p style="text-align: center;">CONSEGNARE A:</p> <p style="text-align: center;">Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana</p> <p style="text-align: center;"><u>SVD GENETICA MOLECOLARE</u></p> <p style="text-align: center;"><u>EDIFICIO 57 ex stabulario</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Stabilimento di S.CHIARA (Pisa)</u></p> <p style="text-align: center;">geneticamolecolare@ao-pisa.toscana.it</p> <p style="text-align: center;"><u>TEL. 050/993377</u></p>
---	--

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 provetta di sangue in EDTA** a temperatura ambiente

6949 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE) DA SANGUE PERIFERICO, TESSUTI, COLTURE CELLULARI, VILLI CORIALI

KGM100 G1.91 ANALISI DI MUTAZIONE NOTA. RICERCA DI MUTAZIONE IDENTIFICATA IN CASO DI FAMILIARITÀ. SEQUENZIAMENTO QUALUNQUE METODO

Materiale inviato: **DNA estratto**

KGM100 G1.91 ANALISI DI MUTAZIONE NOTA. RICERCA DI MUTAZIONE IDENTIFICATA IN CASO DI FAMILIARITÀ. SEQUENZIAMENTO QUALUNQUE METODO

Quesito Diagnostico: RICERCA DI VARIANTE PATOGENETICA FAMILIARE DEL GENE _____

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

Data _____ <hr/> Nome e Cognome Stampatello	Medico Responsabile _____ <hr/> Timbro e Firma
--	---

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