Az. Osp. – Univ. Pisana	**MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA** **PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE SANITARIE/ALTRI ENTI** **TEST I° LIVELLO GENI BRCA 1-2**	**T06/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 _____

☐ CENTRO PRELIEVI/TERRITORIO _____

Referente invio campione _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

CONSEGNARE A:

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

SVD GENETICA MOLECOLARE

EDIFICIO 57 ex stabulario

Stabilimento di S.CHIARA (Pisa)

geneticamolecolare@ao-pisa.toscana.it

TEL. 050/993377

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 ☐ **DNA estratto**

8901 G1.0210 ANALISI MUTAZIONALE GENI BRCA1 BRCA2

Quesito Diagnostico: HBOC TEST I° LIVELLO GENI BRCA 1-2 per_____

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

Data _____ **Medico Responsabile**

_____ _____

Nome e Cognome Stampatello Timbro e Firma

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