

AZ. OSP. – UNIV. PISANA	MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE SANITARIE/ALTRI ENTI <u>PRESTAZIONI GENETICA ONCOLOGICA</u>	T09/PA148 Rev.01 del 07/05/2025 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

MATERIALE INVIATO: n.1 provetta di sangue in EDTA a temperatura ambiente DNA estratto

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

<input type="checkbox"/> 6949 91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE) DA SANGUE PERIFERICO, TESSUTI, COLTURE CELLULARI, VILLI CORIALI
<input type="checkbox"/> KGM129 G1.01	APC - ANALISI MUTAZIONALE PER POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIARE
<input type="checkbox"/> KGM193 G1.01	MUTYH ANALISI MUTAZIONALE DI MALATTIA CHE NECESSITA DI UN SOLO GENE PER LA DIAGNOSI. SEQUENZIAMENTO ED EVENTUALE METODICA QUANTITATIVA, QUALUNQUE METODO
<input type="checkbox"/> KGM193 G1.01	PMS2 ANALISI MUTAZIONALE DI MALATTIA CHE NECESSITA DI UN SOLO GENE PER LA DIAGNOSI. SEQUENZIAMENTO ED EVENTUALE METODICA QUANTITATIVA, QUALUNQUE METODO
<input type="checkbox"/> KGM052 G1.3190	PANNELLO DI GENI POLIPOSIS - ANALISI MUTAZIONALE X TUMORI EREDITARI
<input type="checkbox"/> KGM128 G1.01	STK11 - ANALISI MUTAZIONALE X SINDROME DI PEUTZ JEGHERS 1 GENE
<input type="checkbox"/> KGM130 G1.01	PTEN - ANALISI MUTAZIONALE X COWDEN, SINDROME
<input type="checkbox"/> KGM131 G1.01	TP53 V- ANALISI MUTAZIONALE PER SINDROME DI LI- FRAUMENI
<input type="checkbox"/> KGM132 G1.01	ATM - ANALISI MUTAZIONALE X ATASSIA TELEANGECTASICA
<input type="checkbox"/> KGM133 G1.01	PANNELLO DI GENI MELANOMA FAMILIARE
<input type="checkbox"/> KGM207 G1.01	CDH1 ANALISI MUTAZIONALE PER CARCINOMA GASTRICO

Quesito Diagnostico: _____

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 rendicontazione elettronica"