

Az. Osp. – Univ. Pisana	MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE SANITARIE/ALTRI ENTI CARCINOMA MAMMARIO AVANZATO GENE ESR1 BIOPSIA LIQUIDA	T10/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 _____

UO Anatomia Patologica 1

Direttore: Prof. Antonio Giuseppe Naccarato

CONSEGNARE A:

**Azienda Ospedaliero Universitaria
Pisana**

PREANALITICA
INTERDIPARTIMENTALE
EDIFICIO 200 B

Stabilimento di Cisanello (Pisa)

accettazione.dipartimentale@ao-pisa.toscana.it

TEL. 050/996204

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:

Biopsia liquida: 20 ml di sangue suddivisi in 2 provette Helix cf-DNA Stabilization tubes.

KGS076 G8.04

SEQ.GEN. AMPIO SPETTRO X CARCINOMA MAMMARIO AVANZATO HRD -SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Quesito Diagnostico: BIOPSIA LIQUIDA carcinoma mammario avanzato gene ESR1

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

Data _____

Medico Responsabile

Nome e Cognome Stampatello

Timbro e Firma

Compilare anche:

- Allegato 2 MODULO DI REGISTRAZIONE RICHIESTA DI DIAGNOSI MOLECOLARE SU BIOPSIA LIQUIDA
- T.FE/PA148 "MODULO FATTURAZIONE ELETTRONICA" (DA TRASMETTERE SOLO AL PRIMO INVIO)