

Az. Osp. – Univ. Pisana	<b>MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA</b> <b>PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE</b> <b>SANITARIE/ALTRI ENTI</b> <b><u>COLANGIOCARCINOMA/CARCINOMA</u></b> <b><u>DELLE VIE BILIARI AVANZATO</u></b> <b><u>BIOPSIA LIQUIDA</u></b>	T12/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 3**  
**Direttrice: Prof.ssa Clara Ugolini**

**CONSEGNARE A:**

**Azienda Ospedaliero Universitaria  
Pisana**

**PREANALITICA**  
**INTERDIPARTIMENTALE**  
**EDIFICIO 200 B**  
**Stabilimento di Cisanello (Pisa)**

[accettazione.dipartimentale@ao-pisa.toscana.it](mailto: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:**  20 ml di sangue suddivisi in 2 provette Helix cf-DNA Stabilization tubes.

**8905 91.30.8**

ANALISI DI SEQUENZE GENICHE MEDIANTE SEQUENZIAMENTO MASSIVO PARALLELO PER COLANGIOCARCINOMA/CARCINOMA DELLE VIE BILIARI AVANZATO, CITO/ISTOLOGICAMENTE DIAGNOSTICATO, SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO SISTEMICO

**Quesito Diagnostico: BIOPSIA LIQUIDA COLANGIOCARCINOMA/CARCINOMA DELLE VIE BILIARI**

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).