

Az. Osp. – Univ. Pisana	<p align="center">MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE SANITARIE/ALTRI ENTI <u>ANALISI MUTAZIONALE DI MALATTIA CHE NECESSITA DI UN</u> <u>SOLO GENE PER LA DIAGNOSI</u> <u>Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa</u> <u>BIOPSIA LIQUIDA</u></p>	<p align="right">T14/PA148 Rev. 00 del 07/03/2025 Pag. 1 di 1</p>
-------------------------	---	--



**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

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

KGM193 G1.01 ANALISI MUTAZIONALE DI MALATTIA CHE NECESSITA DI UN SOLO GENE PER LA DIAGNOSI. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo

Quesito Diagnostico: BIOPSIA LIQUIDA

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

<p>Data _____</p> <p align="center">_____ Nome e Cognome Stampatello</p>	<p align="center">Medico Responsabile</p> <p align="center">_____ Timbro e Firma</p>
---	--

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)