

Az. Osp. – Univ. Pisana	<p align="center">MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE SANITARIE/ALTRI ENTI SINDROME HBOC TEST II LIVELLO PANNELLO NGS MULTI GENICO</p>	<p align="right">T07/PA148 Rev. 00 del 07/03/2025 Pag. 1 di 1</p>
-------------------------	--	--



**N.B.: NON ALLEGARE LA RICETTA DEMATERIALIZZATA
SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE**

<p align="center">RICHIEDENTE:</p> <p>DATA INVIO CAMPIONI ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> Az. USL TOSCANA NORD-OVEST _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altre Az. USL/AOU _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altri ENTI _____</p> <p><input type="checkbox"/> UO/SOD _____</p> <p><input type="checkbox"/> CENTRO PRELIEVI/TERRITORIO _____</p> <p>Referente invio campione _____</p> <p>Recapito telefonico _____</p> <p>Indirizzo e-mail _____</p>	<p align="center">CONSEGNARE A:</p> <p align="center">Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana</p> <p align="center"><u>SVD GENETICA MOLECOLARE</u></p> <p align="center"><u>EDIFICIO 57 ex stabulario</u></p> <p align="center"><u>Stabilimento di S.CHIARA (Pisa)</u></p> <p align="center"><u>geneticamolecolare@ao-pisa.toscana.it</u></p> <p 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

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 (se non precedentemente inviato per il TEST BRCA 1/2)

6949 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE) DA SANGUE PERIFERICO, TESSUTI, COLTURE CELLULARI, VILLI CORIALI

KGM164 G1.0210 ANAL.GEN.per CARCINOMA MAMMARIO E OVARICO EREDITARIO
Approfondimento diagnostico

MATERIALE INVIATO: DNA estratto

KGM164 G1.0210 ANAL.GEN. X CARCINOMA MAMMARIO E OVARICO EREDITARIO
Approfondimento diagnostico

Quesito Diagnostico: SINDROME HBOC TEST II° LIVELLO – pannello NGS multi genico.

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