Az. Osp. – Univ. Pisana	**MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA** **PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE SANITARIE/ALTRI ENTI** **CARCINOMA DEL COLON RETTO METASTATICO** **BIOPSIA LIQUIDA**	**T13/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
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.

KGS042 G8.02 SEQ..GEN. . AMPIO SPETTRO X CARCINOMA DEL COLON RETTO METASTATICO - SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Quesito Diagnostico:_ BIOPSIA LIQUIDA Carcinoma del colon retto metastatico

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)**