

**PRESIDIO OSPEDALIERO DI  
PROVENIENZA:**
 AOUP       \_\_\_\_\_

**Reparto:** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico:** \_\_\_\_\_

**CONSEGNARE A:**
**SVD CITOGENETICA  
EDIFICIO 1 - S. CHIARA - AOUP  
via Roma 57, Pisa**

 mail: [segreteriacitogenetica@ao-pisa.toscana.it](mailto:segreteriacitogenetica@ao-pisa.toscana.it)

telefono 050.992644 – fax 050.993498

**Dati anagrafici del paziente:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

 Sesso M  F  Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**da compilare solo per pazienti AOUP:**    Ambulatoriale     Ricovero     Day Hospital 
**Data prelievo:** \_\_\_\_\_

**Materiale inviato:**

 Sangue periferico in EPARINA       Sangue periferico in EDTA 

 Fibroblasti da biopsia cutanea       Altro  \_\_\_\_\_

**Motivo della richiesta, fenotipo, sospetto clinico:**

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Indagini precedenti: NO     SI     (specificare) \_\_\_\_\_

**Indagini richieste:**

 CARIOTIPO STANDARD (eparina)     DEB TEST (eparina)     Altro  \_\_\_\_\_

 FISH (eparina)  (specificare) \_\_\_\_\_    CGH ARRAY (EDTA) 

Nome e Cognome medico richiedente (stampatello) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro Medico Richiedente