

**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

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 midollare in EPARINA Sangue periferico in EPARINA
Motivo della richiesta, fenotipo, sospetto clinico:

 Indagini precedenti: NO SI (specificare) _____

 Trapianto: NO SI Donor: M F
Indagini richieste:

 CARIOTIPO STANDARD FISH (specificare) _____

 ALTRO (specificare) _____

Nome e Cognome medico richiedente (stampatello) _____

Data _____

Firma e timbro Medico Richiedente