

AZ. OSP. – UNIV. PISANA	<b>MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA</b> <b>PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE</b> <b>SANITARIE/ALTRI ENTI</b> <b>PRESTAZIONI CITOGENETICA</b>	<b>T17/PA148</b>  Rev. 00 del 07/05/2025  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 \_\_\_\_\_

**CONSEGNARE A:**

**Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana**  
  
**SVD CITOGENETICA**  
**EDIFICIO 1 - S. CHIARA**  
 via Roma 57, Pisa  
 mail: [segreteriacitogenetica@ao-pisa.toscana.it](mailto:segreteriacitogenetica@ao-pisa.toscana.it)  
  
 telefono 050.992644 – fax 050.993498

**ANAGRAFICA PAZIENTE:**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 DATA NASCITA \_\_\_\_\_ SESSO M  F  COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_  
 C. F. \_\_\_\_\_  DATA RICOVERO \_\_\_\_\_ N. SDO \_\_\_\_\_  AMBULATORIALE

MATERIALE INVIATO:  SANGUE PERIFERICO IN EPARINA A TEMPERATURA AMBIENTE  
 SANGUE MIDOLLARE IN EPARINA A TEMPERATURA AMBIENTE  SANGUE PERIFERICO IN EDTA  
 MATERIALE ABORTIVO  FIBROBLASTI DA BIOPSIA CUTANEA  ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

**PRESTAZIONI RICHIESTE: da Catalogo prestazioni ambulatoriali Regione Toscana, Nomenclatore Tariffario Regione Toscana e/o Nomenclatore Tariffario Aziendale AOUP.**

descrizione prestazione \_\_\_\_\_

descrizione prestazione \_\_\_\_\_

**QUESITO DIAGNOSTICO:** \_\_\_\_\_

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

Data _____	Medico Responsabile _____
Nome e Cognome Stampatello Timbro e Firma	

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