

Az. Osp. – Univ. Pisana	<p align="center">MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA</p> <p align="center">PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST / ALTRE AZIENDE UO EMATOLOGIA UNIVERSITARIA - LABORATORIO DI BIOLOGIA MOLECOLARE -</p>	<p align="right">T18/PA148</p> <p align="right">Rev.00 del 28/01/2026</p> <p align="right">Pag. 1 di 2</p>
-------------------------	---	--



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

<p align="center">RICHIEDENTE:</p> <p>DATA INVIO CAMPIONI (<u>l'invio deve avvenire</u>, dal lunedì al venerdì, <u>nello stesso giorno del prelievo</u>)</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>UO EMATOLOGIA UNIVERSITARIA</u></p> <p align="center">- <u>LABORATORIO DI BIOLOGIA MOLECOLARE</u> -</p> <p align="center">EDIFICIO 11 STABILIMENTO S.CHIARA</p> <p align="center">Tel. 050/992365</p> <p align="center">Email: biomol.ematologia@ao-pisa.toscana.it</p>
--	---

ANAGRAFICA PAZIENTE:

COGNOME _____ NOME _____

DATA NASCITA _____ SESSO M F COMUNE DI NASCITA _____

C.F. _____ DATA RICOVERO _____ N. SDO _____ AMBULATORIALE

- MATERIALE INVIATO:**
- Sangue Midollare (*almeno 10 ml in EDTA*)
 - Sangue Periferico (*almeno 10 ml in EDTA*)
 - Altro

L'invio deve avvenire nello stesso giorno del prelievo

Modalità di trasporto: il materiale biologico deve essere inviato refrigerato a + 4°C

QUESITO DIAGNOSTICO :

AZ. OSP. – UNIV. PISANA	MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE UO EMATOLOGIA UNIVERSITARIA - LABORATORIO DI BIOLOGIA MOLECOLARE -	T18/PA148 Rev.00 del 28/01/2026 Pag. 2 di 2
-------------------------	--	--

PRESTAZIONI RICHIESTE:

da Catalogo prestazioni ambulatoriali Regione Toscana, Nomenclatore Tariffario Regione Toscana e/o Nomenclatore Tariffario Aziendale AOUP.

<input type="checkbox"/> AML1::ETO Screening	<input type="checkbox"/> Stato Mutazionale IGHV
<input type="checkbox"/> AML1::ETO Monitoring	<input type="checkbox"/> Mutazione JAK2 (V617F)
<input type="checkbox"/> Ricerca BCL-1::JH	<input type="checkbox"/> Stato Mutazionale JAK2 (esone 12)
<input type="checkbox"/> Ricerca BCL-2::JH	<input type="checkbox"/> Mutazione KIT (D816V)
<input type="checkbox"/> BCR::ABL1 Screening	<input type="checkbox"/> Mutazione MPL (W515K/L)
<input type="checkbox"/> BCR::ABL1 p210 Monitoring	<input type="checkbox"/> Mutazione MYD88 (L265P)
<input type="checkbox"/> BCR::ABL1 p190 Monitoring	<input type="checkbox"/> NPM1 Screening
<input type="checkbox"/> Stato Mutazionale BCR::ABL1 (TKD)	<input type="checkbox"/> NPM1 Monitoring
<input type="checkbox"/> Mutazione BRAF (V600E)	<input type="checkbox"/> PML::RARA Screening
<input type="checkbox"/> Mutazioni CALR	<input type="checkbox"/> PML::RARA Monitoring
<input type="checkbox"/> CBFβ::MYH11 Screening	<input type="checkbox"/> Mutazione SF3B1 (K700E)
<input type="checkbox"/> CBFβ::MYH11 Monitoring	<input type="checkbox"/> Ricerca Clonalità TCR (β;γ)
<input type="checkbox"/> Chimerismo (DONOR) dona a _____	<input type="checkbox"/> Stato Mutazionale TP53
<input type="checkbox"/> Chimerismo (RECIPIENT)	<input type="checkbox"/> Pannello mutazioni somatiche SOPHIA (NGS) ¹
<input type="checkbox"/> Chimerismo (POST TMO)	
<input type="checkbox"/> Stato Mutazionale FLT3	
<input type="checkbox"/> Stato Mutazionale IDH1/IDH2	<input type="checkbox"/> Conservazione Materiale (DNA/RNA) per successivi approfondimenti diagnostici
<input type="checkbox"/> Ricerca Clonalità IGHV-D-J (CDR3)	

(1) GOI: *ABL1, ASXL1, BRAF, CALR, CBL, CEBPA, CSF3R, DNMT3A, ETV6, EZH2, FLT3, HRAS, IDH1, IDH2, JAK2, KIT, KRAS, MPL, NPM1, NRAS, PTPN1, RUNX1, SETBP1, SF3B1, SRSF2, TET2, TP53, U2AF1, WT1, ZRSR1*

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).