Azienda Sanitaria Regionale Molise ASREM Ospedale Regionale "A.CARDARELLI" Campobasso **ANATOMIA PATOLOGICA** **Laboratorio di Citogenetica** **Tel. 0874 409201** **Fax 0874 409293**	**MODULO DI RICHIESTA PER CITOGENETICA IN ONCOEMATOLOGIA** (*si prega di compilare il modulo in maniera leggibile ed in tutte le sue parti*)	**M 65** Rev 0 del 09.09.18 Pagina 1 di 1

Cognome:_____ **Nome**_____

Data di nascita: _____ **Sesso: M** ☐ **F** ☐ **Data prelievo:**_____

Ospedale:_____ **Reparto:**_____

Tipo di campione: ☐ **A**spirato **M**idollare ☐ **S**angue **P**eriferico ☐ Quantità (ml):_____

Indicazione all'analisi:_____

Barrare una o più delle seguenti specifiche:

☐. *sospetto diagnostico* ☐ *patologia all'esordio* ☐ *terapia farmacologica in corso*

☐ *sospetta recidiva* ☐ *follow up fuori terapia* ☐ *pre-trapianto*

☐ *follow up dopo TMO F/M o M/F* ☐ *follow up dopo autotrapianto* ☐ *follow up dopo TMO M/M o F/F*

altre specifiche *(es.: sottotipo FAB (in caso di LAM); coinvolgimento della filiera B o T (leucemie linfatiche); tipo di terapia; durata del trattamento, ecc.):*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- Allegare copie di referti relativi ad eventuali indagini genetiche (citogenetiche o molecolari) effettuate in precedenza

- **Allegare copia dell'esame emocitometrico**

Medico richiedente:_____**Firma**: _____