


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Valtellina e Alto Lario	DIPARTIMENTO / STRUTTURA DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI	01 – Mod LA105	
	DOCUMENTO RICHIESTA DI ESAMI DI CITOMETRIA A FLUSSO e MICROSCOPIA EMATOLOGICA	INDICE DI REVISIONE	1

Spazio per etichetta anagrafica

Cognome
nome

Data di
nascita:

Reparto

_____ ____/____/____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

DATA PRELIEVO ____/____/____

NOTE: _____

eventuale reparto di appoggio: _____

Nota: le analisi oncoematologiche ed il BAL richiedono una programmazione telefonica 0342/521156

PROVETTA LUNGA TAPPO VIOLA

Campione di: sangue periferico aspirato midollare lavaggio bronchiolo-alveolare
 sospensioni cellulari diverse _____

Per: studio immunofenotipico in sospetta emopatia **2 PROVETTE** LEA acuta LLCB cronica
 ricerca malattia residua (allegare immunofenotipo di esordio)

1048 profilo immunologico completo (linfociti T, B, NK)

1049 profilo immunologico parziale (linfociti T)

BAL immunofenotipo linfociti alveolari (BAL) **PROVETTONE TAPPO A VITE**

1050 ricerca antigene HLA-B27

1051 genotipo HLA-B27 (solo se antigene positivo o dubbio)

EPN ricerca clone EPN in sospetta emoglobinuria parossistica notturna

altro _____

PROVETTA CORTA TAPPO VIOLA

002M Osservazione striscio di sangue periferico per: _____

IL MEDICO RICHIEDENTE _____