

**RICHIESTA ANALISI DI SEQUENZIAMENTO
mediante Next Generation Sequencing – Pannello “Citopenia”**

A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE. TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI

Data del prelievo _____ Provenienza _____

Materiale inviato: aspirato midollare sangue venoso periferico altro: _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: M F

Data di nascita _____ Diagnosi clinica _____

Analisi richiesta:

Barrare il pannello completo oppure analisi singoli geni*

<input type="checkbox"/> PANNELLO COMPLETO (comprende tutti i 91 geni elencati in “Analisi singoli geni”)					
<input type="checkbox"/> ANALISI SINGOLI GENI: scegliere il/i gene/i di interesse*					
<input type="checkbox"/> ABCG5	<input type="checkbox"/> ABCG8	<input type="checkbox"/> ACTG1	<input type="checkbox"/> ADAMTS13	<input type="checkbox"/> AK2	<input type="checkbox"/> ANKRD26
<input type="checkbox"/> AP3B1	<input type="checkbox"/> ASXL1	<input type="checkbox"/> CD40LG	<input type="checkbox"/> CECR1	<input type="checkbox"/> CLPB	<input type="checkbox"/> CSF3R
<input type="checkbox"/> CTSC	<input type="checkbox"/> CXCR2	<input type="checkbox"/> CXCR4	<input type="checkbox"/> CYCS	<input type="checkbox"/> DIAPH1	<input type="checkbox"/> DNAJC21
<input type="checkbox"/> EFTUD1	<input type="checkbox"/> EIF2AK3	<input type="checkbox"/> ELANE	<input type="checkbox"/> ETV6	<input type="checkbox"/> FAS	<input type="checkbox"/> FASLG
<input type="checkbox"/> FLI1	<input type="checkbox"/> FLNA	<input type="checkbox"/> FNIP1	<input type="checkbox"/> FYB	<input type="checkbox"/> G6PC3	<input type="checkbox"/> GALE
<input type="checkbox"/> GATA1	<input type="checkbox"/> GATA2	<input type="checkbox"/> GATA 2 introni	<input type="checkbox"/> GFI1	<input type="checkbox"/> GFI1B	<input type="checkbox"/> GINS1
<input type="checkbox"/> GNE	<input type="checkbox"/> GP1BA	<input type="checkbox"/> GP1BB	<input type="checkbox"/> GP9	<input type="checkbox"/> HAX1	<input type="checkbox"/> HOXA11
<input type="checkbox"/> HYOU1	<input type="checkbox"/> IFNGR2	<input type="checkbox"/> ITGA2B	<input type="checkbox"/> ITGB3	<input type="checkbox"/> JAGN1	<input type="checkbox"/> KRAS
<input type="checkbox"/> LAMTOR2	<input type="checkbox"/> LRBA	<input type="checkbox"/> LYST	<input type="checkbox"/> MASTL	<input type="checkbox"/> MECOM	<input type="checkbox"/> MKL1
<input type="checkbox"/> MPL	<input type="checkbox"/> MYH9	<input type="checkbox"/> NBEAL2	<input type="checkbox"/> NRAS	<input type="checkbox"/> ORAI1	<input type="checkbox"/> PGM3
<input type="checkbox"/> PRKACG	<input type="checkbox"/> PTPRJ	<input type="checkbox"/> RAB27A	<input type="checkbox"/> RAC2	<input type="checkbox"/> RBM8A	<input type="checkbox"/> RMRPR
<input type="checkbox"/> RUNX1	<input type="checkbox"/> SAMD9	<input type="checkbox"/> SAMD9L	<input type="checkbox"/> SBDS	<input type="checkbox"/> SLC37A4	<input type="checkbox"/> SLFN14
<input type="checkbox"/> SMARCD2	<input type="checkbox"/> SRC	<input type="checkbox"/> SRP54	<input type="checkbox"/> STIM1	<input type="checkbox"/> STK4	<input type="checkbox"/> TAZ
<input type="checkbox"/> TCIRG1	<input type="checkbox"/> TCN2	<input type="checkbox"/> THPO	<input type="checkbox"/> TPM4	<input type="checkbox"/> TRPM7	<input type="checkbox"/> TUBB1
<input type="checkbox"/> USB1	<input type="checkbox"/> VPS13B	<input type="checkbox"/> VPS45	<input type="checkbox"/> VWF	<input type="checkbox"/> WAS	<input type="checkbox"/> WDR1
<input type="checkbox"/> WIPF1					

*vengono analizzati tutti gli esoni di ciascun gene elencato.

Annotazioni: _____

Data _____

Il medico (firma leggibile) _____