

**RICHIESTA VALUTAZIONE FARMACORESISTENZE
al Laboratorio di VIROLOGIA MOLECOLARE S. MATTEO (PV)***Spazio per etichetta anagrafica*Cognome
nomeData di
nascita:

Reparto

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

DATA PRELIEVO ____/____/____

DIAGNOSI/NOTE: _____

DATI ANAMNESTICI:

Ultima carica virale _____ in data ____/____/____

Genotipo recente _____

Terapie fatte _____

SI RICHIEDE:

- 3790 – HCV PROTEASI (Tappo marrone – siero)
- 3791 – HCV POLIMERASI (Tappo marrone – siero)
- 3794 – HCV GENOTIPO CONFERMA (aggiungere un Tappo marrone – siero o plasma dal SIMT)
- 3791 – HBV RESISTENZE (Tappo marrone – siero)

IL MEDICO RICHIEDENTE _____, telefono _____

INVIO ESITI AL LABORATORIO DI SONDRIO:

- FAX 0342-521128 oppure
- email: laboratorio2.so@asst-val.it