



**Da associare sempre al modulo RT4- 40 "Nota informativa e consenso informato alla tipizzazione HLA" e all'impegnativa regionale quando prevista**

Inserire i dati del destinatario della prestazione

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
Tel/CELL \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

	RESPONSABILE DEL PRELIEVO	COD.AZ	FIRMA DI CHI HA ESEGUITO IL PRELIEVO	DATA PRELIEVO
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO SANGUE	K1664		

Le prestazioni da richiedere sono da evidenziare nella tabella; i test sono effettuati su campioni di sangue; alle prestazioni indicate sarà aggiunta la prestazione: "ESTRAZIONE DNA GENOMICO K1602"; la tipizzazione è finalizzata alla rilevazione della presenza/assenza degli alleli coinvolti nella suscettibilità genetica alla patologia che si intende studiare e alla verifica delle presenza o meno delle combinazioni alleliche predisponenti.

	PATOLOGIA	TIP. HLA	COD.AZ		COD. REG.		T.di risposta	
<input type="checkbox"/>	M.CELIACA	HLA- DRB1* LR HLA- DQB1* HR HLA- DQA1* HR	K1425 K1423 K1421		K90.81.1 K90.80.4 K90.80.2		30/45 gg	
<input type="checkbox"/>	DIABETE TIPO 1	HLA- DRB1* LR HLA- DQB1* HR HLA- DQA1* HR	K1425 K1423 K1421		K90.81.1 K90.80.4 K90.80.2		30/45 gg	
<input type="checkbox"/>	ARTRITE REUMATOIDE	HLA- DRB1* LR	K1425		K90.81.1		30/45 gg	
<input type="checkbox"/>	SPONDILITE ANCHILOSANTE	HLA-B* LR	K1412		K90.78.4		30/45 gg	
<input type="checkbox"/>	UVEITE ANTERIORE ACUTA	HLA-B* LR	K1412		K90.78.4		30/45 gg	
<input type="checkbox"/>	S. SJOGREN	HLA-B* LR HLA-DRB1* LR HLA-DQB1* LR	K1412 K1425 K1422		K90.78.4 K90.81.1 K90.80.3		30/45 gg	
<input type="checkbox"/>	PSORIASI/ ARTRITE PSORIASICA	HLA-B* LR; HLA-C* LR	K1412 K1415		K90.78.4 K90.79.1		30/45 gg	
<input type="checkbox"/>	MALATTIA BEHCET	HLA-B* LR	K1412		K90.78.4		30/45 gg	
<input type="checkbox"/>	SCLEROSI MULTIPLA	HLA- DRB1* LR HLA- DQB1* HR	K1425 K1423		K90.81.1 K90.80.4		30/45 gg	
<input type="checkbox"/>	NARCOLESSIA	HLA- DRB1* LR HLA- DQB1* HR	K1425 K1423		K90.81.1 K90.80.4		30/45 gg	
<input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) ..... .....	<input type="checkbox"/> HLA-A* LR <input type="checkbox"/> HLA-B* LR <input type="checkbox"/> HLA-C* LR <input type="checkbox"/> HLA- DRB1* LR <input type="checkbox"/> HLA- DQB1* LR <input type="checkbox"/> HLA- DQA1* LR	<input type="checkbox"/> HLA-A* HR <input type="checkbox"/> HLA-B* HR <input type="checkbox"/> HLA-C* HR <input type="checkbox"/> HLA- DRB1* HR <input type="checkbox"/> HLA- DQB1* HR <input type="checkbox"/> HLA- DQA1* HR	LR K1410 K1412 K1415 K1425 K1422	HR K1411 K1413 K1416 K1426 K1423 K1421	LR K90.78.2 K90.78.4 K90.79.1 K90.81.1 K90.80.3	HR K90.78.3 K90.78.5 K90.79.2 K90.81.2 K90.80.4 K90.80.2	Da definire caso per caso (no urgenze)

Note (familiarità, etc)

**IL MEDICO RICHIEDENTE:**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ Recapito \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Fax /e-mail \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro \_\_\_\_\_

**INVIARE REFERTO:**

Al Reparto (specificare) \_\_\_\_\_ dell'AOUS  Altro (Specificare) \_\_\_\_\_  
 All'ufficio Ticket dell'AOUS  Al domicilio dell'utente (obbligatorio allegare modulo "Invio del referto per posta")

**Note tecniche:** Allegare n° 2 Provette con EDTA con etichetta che indichi: Nome, Cognome, data di nascita, data prelievo e firma del prelevatore (responsabile dell'identificazione del paziente). La presenza di dati incompleti sulla richiesta/consenso o sulle provette comporta la "non accettabilità" del campione da parte del Tecnico della U.O.C. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedaliera Senese (AOUS). La "non accettabilità" del campione sarà segnalata al reparto di provenienza o al medico richiedente, se rintracciabile

**NB. IL PRESENTE MODULO NON SI APPLICA AI CASI DI RICHIESTA DI TIPIZZAZIONE HLA A FINI TRAPIANTOLOGICI.**