

MODELLO A

ALL' U.O. PATOLOGIA CLINICA II - LABORATORIO TIPIZZAZIONE TESSUTALE A.O. OSP. POLICLINICO-CONSORZIALE BARI

RICHIESTA PER PRESTAZIONI AD ACCESSO DIRETTO

- TIPIZZAZIONE TESSUTALE HLA A, B, C
- TIPIZZAZIONE TESSUTALE HLA DR
- TIPIZZAZIONE TESSUTALE GENOMICA HLA DR
- RICERCA ANTICORPI ANTI-HLA DI CLASSE I E II

INSERIMENTO NELLA LISTA D'ATTESA REGIONALE PUGLIESE PER TRAPIANTO DI RENE

GENERALITA' DEL PAZIENTE

COGNOME: _____ NOME: _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____ COMUNE: _____

CODICE FISCALE: _____ AUSL: _____

NUCLEO FAMILIARE (N. COMPONENTI): _____

NEFROPATIA DI BASE : _____

MEDICO RICHIEDENTE

COGNOME: _____ NOME: _____

STRUTTURA DI APPARTENENZA: _____

TEL. _____

li.....

Firma del medico

Firma del paziente