

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento Dipartimento Laboratorio e Servizi	Modulo Richiesta esami specialistici ematologici
---	--

ESAMI SPECIALISTICI EMATOLOGICI
SCHEDA NOTIZIE

PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Reparto _____

ESAME RICHIESTO

☐ ASPIRATO MIDOLLARE ☐ Sterno ☐ Cresta iliaca ☐ STRISCIO PERIFERICO
(l'aspirato midollare va sempre accompagnato da un campione di sangue periferico)

☐ TIPIZZAZIONE ONCOEMATOLOGICA: ☐ sangue periferico ☐ altro

☐ BIOLOGIA MOLECOLARE

☐ CARIOTIPO

☐ CITOGENETICA MOLECOLARE (FISH, BCR/ABL)

Referti precedenti ☐ SI ☐ NO **BOM in corso** ☐ SI ☐ NO

DATI DI LABORATORIO PRECEDENTI

WBC _____	Formula leucocitaria	Sideremia _____
RBC _____	N _____	Ferritina _____
Hb _____	L _____	Folati/B12 _____
MCV _____	M _____	Ves _____
PLTS _____	E. _____	Pcr _____
Reticolociti _____	B _____	Quadro sierop. _____
		.

QUADRO CLINICO

TERAPIA IN ATTO

QUESITO DIAGNOSTICO

Data _____ MEDICO RICHIEDENTE _____
(firma leggibile)