

Timbro Medici/Laboratori



Nr. Prot.: _____

Scheda di Accettazione (*Campo obbligatorio)

Data: _____

INFORMAZIONI SUL CAMPIONE

Nome e Cognome*: _____ Data di nascita*: _____

Codice Campione (Riservato al medico): _____ Data del prelievo*: _____ Sesso*: F ☐ M ☐

Tipo di Campione: ☒ Sangue Periferico in EDTA

Indicazioni all'Esame*:

- ☐ Coppie con storia clinica di poliabortività e/o ripetuti fallimenti di impianto
- ☐ Coppie con storia pregressa o a rischio di pre-eclampsia
- ☐ Selezione di donatori di seme in fecondazione assistita eterologa maschile
- ☐ Selezione di donatrici di ovociti in fecondazione assistita eterologa femminile
- ☐ Selezione dei donatori in caso di embriodonazione/doppia donazione di gameti
- ☐ Altro: _____

ANALISI RICHIESTA* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

- ☐ Affinitymap HLA-C
- ☐ Affinitymap KIR
- ☐ Affinitymap KIR+HLA-C

MODALITÀ DI REFERTAZIONE

☒ DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO

DATI DI FATTURAZIONE* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

☐ DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (secondo scheda conoscitiva) ☐ PAZIENTE (compilare i campi sottostanti)

Nome Cognome: _____ Codice fiscale: _____

Comune di nascita: _____ Provincia di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____ n. _____ CAP: _____

Città di residenza: _____ Provincia _____