



RICHIESTA ANALISI MOLECOLARE

Data richiesta:

Anagrafica paziente:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Nuovo caso Caso già studiato

Provenienza:

Reparto N. SDO

Ambulatorio

Consulenza:

Materiale inviato:

Sangue periferico

Sangue da aspirato midollare

Notizie cliniche:

Splenomegalia Pancitopenia Leucopenia Leucocitosi Poliglobulia

Anemia Piastrinosi Piastrinopenia Pregressa MDS

Conta WBC/mcL:(obbligatorio per motivi tecnici)

ALTERAZIONE MOLECOLARE DA TESTARE

BCR/ABL JAK-2 CAL-R MPL

PML/RARalpha FLT-3 NPM-1 p53 IGHV (ipermutazione somatica)

QUESITO DIAGNOSTICO:

NEOPLASIA MIELOPROLIFERATIVA CRONICA

LEUCEMIA ACUTA MIELOIDE

LEUCEMIA ACUTA MIELOIDE (M3-PROMIELOCITICA)

LEUCEMIA ACUTA LINFOBLASTICA

LEUCEMIA LINFATICA CRONICA

Firma del medico richiedente