



Laboratorio Analisi cliniche

Largo degli Aranci, 9 – Ascoli Piceno
info@laboratoriobiolab.it – www.laboratoriobiolab.it.
Azienda certificata **UNI EN ISO 9001:2008 - Struttura Sanitaria Accreditata** Livello Eccellenza SSR Marche

DATA PRELIEVO: __/__/_____

DATA INVIO CAMPIONE __/__/_____

SCHEMA DI ACCETTAZIONE CAMPIONI (Strutture Sanitarie)

Timbro STRUTTURA INVIANTE

Timbro MEDICO RICHIEDENTE

SPAZIO PER IL LABORATORIO

[Empty box for stamp]

[Empty box for stamp]

[Empty box for laboratory use]

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE SUL PAZIENTE

Cognome: Nome:
Sesso M F Data di nascita:..... Luogo di Nascita
CODICE FISCALE : _____ Residente a:
Indirizzo: n CAP
N. telefono indirizzo mail:@.....

INFORMAZIONI SUL CAMPIONE

Tipologia Campione (selezionare tipologia)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangue periferico (EDTA) | <input type="checkbox"/> Sangue periferico (EPARINA) | <input type="checkbox"/> Liquido amniotico |
| <input type="checkbox"/> Villi coriali | <input type="checkbox"/> Siero | <input type="checkbox"/> DNA |
| <input type="checkbox"/> Liquido seminale | <input type="checkbox"/> Tampone buccale | <input type="checkbox"/> Plasma |

Tampone genitale (vaginale, cervicale, rettale, uretrale)

Altro:

Campioni per citologia e istologia

<input type="checkbox"/> Citologia Cervico-vaginale	Data ultime mestruazioni:
	Eventuali terapie in corso:
	Esame precedente: Data: Esito: <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo

Citologia Urinaria

<input type="checkbox"/> Citologia su ago aspirato	Sede prelievo:		
<input type="checkbox"/> Biopsia	Sede prelievo:		
	Tipo di prelievo: <input type="checkbox"/> incisionale <input type="checkbox"/> escissionale		
	Durata della lesione:		
PRECEDENTI ESAMI ISTOLOGICI	Data: Esito: <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo		
	Data: Esito: <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo		
Informazioni specifiche relative al bitest / tritest			
Gruppo etnico:.....	Peso:.....	Fumo:.....	Data ecografia:.....
CRL:.....	N.T.:.....	Data U.M.:.....	DBP:

MODALITA' DI REFERTAZIONE	
<input type="checkbox"/> STRUTTURA SANITARIA <input type="checkbox"/> PAZIENTE Io sottoscritto Autorizzo ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003 all'invio del referto nelle modalità sopra indicate. Indirizzo e-mail: FIRMA:	

FATTURAZIONE (Da compilare solo se è richiesta la fatturazione DIRETTA AL PAZIENTE)	
Cognome: Nome: Data di nascita:..... Luogo di Nascita CODICE FISCALE : _____ Residente a: Indirizzo: n CAP autorizzo ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003 all'invio della fattura via mail all' indirizzo E-mail:@..... FIRMA.....	

ANALISI RICHIESTE

Barrare la/le casella/e corrispondente/i

CITOLOGIA E ISTOLOGIA

<input type="checkbox"/> SCREENPAP - Pap test in Strato sottile + HPV tipizzazione <input type="checkbox"/> Pap Test su strato sottile <input type="checkbox"/> Esame citologico urinario <input type="checkbox"/> Esame istologico su biopsia (sede unica) <input type="checkbox"/> Esami istologici multipli su stessa sede anatomica di prelievo	<input type="checkbox"/> Esame citologico su Agoaspirato (strisci e sedimenti) <input type="checkbox"/> SCREENPAP Plus - Pap test in Strato sottile + HPV tipizzazione + HPV RNA
---	---

GENETICA

- Cariotipo su sangue periferico

GENETICA MOLECOLARE

<input type="checkbox"/> Ricerca molecolare di HLA-B*27 <input type="checkbox"/> Cromosoma Y: ricerca di microdelezioni <input type="checkbox"/> Diagnosi molecolare di emocromatosi <input type="checkbox"/> Diagnosi molecolare di Fibrosi Cistica (36 mutazioni) <input type="checkbox"/> Diagnosi molecolare di Fibrosi Cistica (68 mutazioni) <input type="checkbox"/> Diagnosi molecolare di Fibrosi Cistica : sequenziamento completo del gene CFTR <input type="checkbox"/> Gene FSHR: ricerca delle variazioni T307A e N680S <input type="checkbox"/> Gene ESR: ricerca delle variazioni 39 A/G rs4986938 e Pvull (IVS1-397 T/C) rs2234693 <input type="checkbox"/> Gene LHCGR: ricerca della mutazione R554X <input type="checkbox"/> Sordità non sindromica ereditaria <input type="checkbox"/> Gene JAK2: identificazione qualitativa di V617F <input type="checkbox"/> SEQUENZIAMENTO COMPLETO DEI GENI BRCA1 E BRCA2 <input type="checkbox"/> Gene ACE: ricerca della variazione I/D (rs4646994) <input type="checkbox"/> Gene ApoE: genotipizzazione <input type="checkbox"/> Gene Fattore II (Protrombina): ricerca della mutazione G20210A (rs1799963) <input type="checkbox"/> Gene Fattore V: ricerca della mutazione G1691A (detta di Leiden)	<input type="checkbox"/> Gene Fattore V: ricerca della mutazione H1299R <input type="checkbox"/> FATTORE V mutazione Cambridge rs118203906 <input type="checkbox"/> Gene Fattore V: ricerca della mutazione Y1702C rs118203907 <input type="checkbox"/> Gene Fattore XII: ricerca della variazione C46T <input type="checkbox"/> Gene Fattore XIII: ricerca della mutazione V34L <input type="checkbox"/> Gene FIBRB (fibrinogeno beta): ricerca della mutazione -455G>A <input type="checkbox"/> Gene HPA-1: ricerca della variazione 1a/1b <input type="checkbox"/> Gene MTHFR: ricerca della mutazione C677T (rs1801133) <input type="checkbox"/> Gene MTHFR: ricerca della mutazione A1298C (rs1801131) <input type="checkbox"/> Gene PAI-1: ricerca della mutazione 4G/5G <input type="checkbox"/> Pannello Trombofilia 4 Mutazioni VEINITALIA DNA <input type="checkbox"/> Pannello Trombofilia 13 Mutazioni VEINITALIA DNA <input type="checkbox"/> Ricerca mutazione HLA-G <input type="checkbox"/> TUNEL TEST MOLECOLARE- TEST PER LA FRAMMENTAZIONE DEL DNA SPERMATICO
--	---

Biolab S.r.l. – Laboratorio Analisi cliniche

INFETTIVOLOGIA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CMV (Cytomegalovirus) qualitativo | <input type="checkbox"/> HPV ricerca e tipizzazione di DNA di Papilloma Virus |
| <input type="checkbox"/> HBV DNA qualitativo | <input type="checkbox"/> HSV 1/2 qualitativo di Herpes Virus Umano |
| <input type="checkbox"/> HCV RNA qualitativo | <input type="checkbox"/> Rubeovirus |
| <input type="checkbox"/> HCV RNA quantitativo | <input type="checkbox"/> Varicella Zoster Virus |
| <input type="checkbox"/> HIV RNA quantitativo | <input type="checkbox"/> PARVOVIRUS B19 |
| <input type="checkbox"/> HIV RNA qualitativo | |
| <input type="checkbox"/> HIV DNA | |

INTOLLERANZE ALIMENTARI

- Intolleranza genetica al lattosio
- Predisposizione a Malattia Celiaca (DQ2.2, DQ4, DQ2.5,DQ7,DQ8)
- ANTIGEN 130 - INTOLLERANZE ALIMENTARI 130 ALIMENTI IgG4
- ANTIGEN 60 - INTOLLERANZE ALIMENTARI 60 ALIMENTI IgG4
- ANTIGEN VEG - INTOLLERANZE ALIMENTARI 86 ALIMENTI VEGETARIANI IgG4

DNA E SALUTE (NUTRIGENETICA)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PEDIAGEN | <input type="checkbox"/> CRONOGEN |
| <input type="checkbox"/> PEDIAGEN PLUS | <input type="checkbox"/> CARDIOGEN |
| <input type="checkbox"/> LACTOGEN – Intolleranza genetica al lattosio | <input type="checkbox"/> SCREENGEN |
| <input type="checkbox"/> GLUTIGEN – Predisposizione genetica alla celiachia | <input type="checkbox"/> ALOPECIA ANDROGENETICA |
| <input type="checkbox"/> DONNA | <input type="checkbox"/> DIETA PERSONALIZZATA |

MICROBIOLOGIA

- TAMPONE CERVICO-VAGINALE (Ricerca di germi comuni e miceti con identificazione VITEK2)
- TAMPONE CERVICO-VAGINALE COMPLETO (Ricerca germi comuni e miceti + *Chlamydia t.* + *N. gonorrhoeae** + *Mycoplasmi** + *Ureaplasmi** + *Gardnerella vaginalis** + *Trichomonas vaginalis**)
* ricerche eseguite in biologia molecolare
- Ricerca molecolare di *Chlamydia t.* + *N. gonorrhoeae* su tampone cervicale
- Ricerca molecolare di *Chlamydia t.* + *N. gonorrhoeae* + *Mycoplasmi* e *Ureaplasmi*
- SPERMIOCOLTURA completa (Ricerca germi comuni e miceti + *Chlamydia t.* + *N. gonorrhoeae** + *Mycoplasmi** + *Ureaplasmi** + *Gardnerella vaginalis** + *Trichomonas vaginalis**)
- Ricerca di *Streptococco agalactiae* su tampone vaginale
- Ricerca di *Streptococco agalactiae* su tampone rettale
- Tampone URETRALE (Ricerca germi comuni)
- Tampone URETRALE completo (Ricerca germi comuni + *Chlamydia** t. + *N. gonorrhoeae** + *Mycoplasmi** + *Ureaplasmi** + *Gardnerella vaginalis** + *Trichomonas vaginalis**)
N.B: * ricerche eseguite in biologia molecolare – Per la ricerca di *Chlamydia t.* è necessario inviare anche provetta con raccolta del **primo getto** urinario.
- Antibiogramma (Vitek2)
- Tampone FARINGEO
- Tampone NASALE
- Tampone AURICOLARE

Biolab S.r.l. – Laboratorio Analisi cliniche

INDAGINI DI PATERNITA' E GENETICA FORENSE

- Test di paternità - uso informativo (2 profili – PADRE/FIGLIO)
- Test di paternità - uso informativo (3 profili – PADRE/FIGLIO1/FIGLIO2 o PADRE/FIGLIO/MADRE)
- Test di paternità - uso legale (2 o 3 profili)
- Analisi dell'aplotipo del cromosoma Y - Uso legale
- DNA Profiling

DIAGNOSI PRENATALE

- PRENATAL SAFE (compilare modulistica dedicata)

ALTRI ESAMI

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ANDROSTENEDILO-GLUCORONIDE ANT. ANTI21OH IDROSSILASI ANT.DECARBOSSILASI (GAD) ANT. ANTI E.N.A. SCREENING ANT. ANTIDENDOMISIO ANT. ANTITRANSGLUTAMINASI ANT. ANTI GLIADINA ANT. ANTIRECETTORI ACETILCOLINA CATECOLAMINE SIERICHE TSH FT3 FT4 ANTI-TPO ANTI-TG TIREOGLOBULINA CROMOGRANINA A CALCITONINA PARATORMONE PSA TOTALE PSA LIBERO CA-125 CA 15-3 CEA <input type="checkbox"/> CA-19.9 <input type="checkbox"/> HE4 + ALGORITMO R.O.M.A. ANTI MULLERIANO - AMH | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CTX <input type="checkbox"/> DELTA4ANDROSTENEDIONE <input type="checkbox"/> ACTH (ADRENOCORTICOTROPO) <input type="checkbox"/> DEA SOLFATO (DEAS) <input type="checkbox"/> Test per H. Pilory – SALIVA <input type="checkbox"/> Test per H. Pilory – FECI <input type="checkbox"/> Coprocoltura completa <input type="checkbox"/> Parassitologico feci <input type="checkbox"/> Esame feci chimico-fisico-digestivo <input type="checkbox"/> Test permeabilità Intestinale (genetico) <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> ESTRADIOLO <input type="checkbox"/> PROGESTERONE <input type="checkbox"/> PROLATTINA <input type="checkbox"/> TESTOSTERONE TOTALE <input type="checkbox"/> TESTOSTERONE LIBERO <input type="checkbox"/> VITAMINA D <input type="checkbox"/> ANTICORPI ANTI ROSOLIA IgG/IgM <input type="checkbox"/> ANTICORPI ANTI VARICELLA IgG/IgM <input type="checkbox"/> ANTICORPI ANTI MORBILLO IgG/IgM <input type="checkbox"/> ANTICORPI ANTI TOXOPLASMA IgG/IgM <input type="checkbox"/> SHBG – SEX HORMON BINDING GLOBULIN <input type="checkbox"/> INIBINA-B |
|---|---|

Privacy . Questo documento è stato generato da Biolab srl ed è ad uso esclusivo di Laboratori esterni che ne facciano richiesta. Tale documento può contenere informazioni di carattere estremamente riservato e confidenziale. Qualora venga smarrito e sia in Suo possesso, La preghiamo gentilmente di informarci immediatamente al numero di telefono + (39) 0736.550452 oppure di inviarlo tempestivamente al seguente indirizzo: Laboratorio Biolab - Largo degli Aranci 9 - 63100 Ascoli Piceno. Qualsiasi utilizzo non autorizzato del contenuto di questo documento costituisce violazione dell'obbligo di non prendere visione della corrispondenza tra altri soggetti, salvo più grave illecito, ed espone il responsabile alle relative conseguenze civili e penali.

Biolab S.r.l. – Laboratorio Analisi cliniche

Largo degli Aranci, 9 – Ascoli Piceno – Punto Prelievi Esterno: Via G. Galilei, Comunanza (AP)
 P.I. 02083900445 – Tel. 0736550452 – email: info@laboratoriolab.it – www.laboratoriolab.it.
 Azienda certificata **UNI EN ISO 9001:2008** - **Struttura Sanitaria Accreditata** Livello Eccellenza SSR Marche