

Struttura richiedente:

Numero telefonico: Fisso

Cordless

Cell

Dati paziente

Cognome:		Nome:	
Sesso:	M	F	Codice Fiscale:
Data di nascita:		Luogo di nascita:	
Diagnosi all'ingresso:			
Residenza:	Via	CAP	Comune

SI RICHIEDE PRESTAZIONE PER I SEGUENTI POLIMORFISMI:

1. MTHFR 677 C/T e MTHFR 1298 A/C (Metotrexate, rischio cardiologico)
2. TPMT*2, *3A,*3B e *3C (Mercaptopurina, tioguanina ed azatioprina)
3. UGT1A*28 (Irinotecano)
4. DPYD*2A (5-Fluorouracile e capecitabina)
5. CYP2C9, VKORC1 (Warfarin)
6. CYP2C19 (Clopidogrel)

Campione inviato: una provetta di sangue periferico per emocromo (tappo viola)

Data

Luogo

Medico richiedente

Nome stampatello

Firma