

**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