



## S.C. ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA

## RICHIESTA PRESTAZIONI SETTORE MICOBATTERIOLOGIA

MOD.ACCM.BK.08

Rev. 1

Del 12.08.2016

Pag. 1 di 1

ENTE RICHIEDENTE

*Dati paziente (\* dati indispensabili)*

Cognome\* \_\_\_\_\_

Nome\* \_\_\_\_\_

Sesso\* F  M 

Data di nascita\* \_\_\_\_\_

Luogo/Stato di nascita\* \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Codice regionale assistito \_\_\_\_\_

Paziente in regime di ricovero Paziente ambulatoriale 

Numero Identificativo \_\_\_\_\_

*Dati del campione*

Data prelievo\* \_\_\_\_\_

materiale	Esame richiesto
<input type="checkbox"/> escreato	<input type="checkbox"/> esame microscopico <input type="checkbox"/> esame culturale <input type="checkbox"/> test amplificazione acidi nucleici (PCR) su materiali respiratori*
<input type="checkbox"/> broncoaspirato	
<input type="checkbox"/> broncolavaggio	
<input type="checkbox"/> aspirato gastrico	
<input type="checkbox"/> urine	
<input type="checkbox"/> feci	
<input type="checkbox"/> liquido (specificare) .....	
<input type="checkbox"/> biopsia (specificare).....	
<input type="checkbox"/> altro (specificare).....	

\* per richiesta esecuzione PCR su materiali non respiratori contattare il laboratorio

Ceppo batterico isolato da.....	Esame richiesto
<input type="checkbox"/> non identificato	<input type="checkbox"/> identificazione molecolare per micobatteri
<input type="checkbox"/> identificato: Mycobacterium tuberculosis complex	<input type="checkbox"/> test sensibilità micobatteri (farmaci I linea) per M. tuber. complex <input type="checkbox"/> test sensibilità micobatteri (farmaci II linea) per M. tuber. complex (ceppo MDR)
<input type="checkbox"/> Micobatterio non tubercolare, se eseguita identificazione specificare _____	<input type="checkbox"/> test sensibilità micobatteri non tubercolari

FIRMA RICHIEDENTE