
MALATTIE INFETTIVE

Paziente (etichetta)

Nome e cognome

.....

Data di nascita

.....

Indirizzo (via, NPA, località)

.....

.....

.....

 femmina maschio degente ambulatoriale**Medico richiedente** (timbro)**Copia del referto a:**

1.

.....

2.

.....

3.

.....

Data della richiesta:**Materiale:** Campione istologico, numero referto: Campione citologico, numero referto:

Sede:

Diagnosi:

Note:

Esame microbiologico in corso sì no**Ricerca di malattie infettive** *Bartonella Henselae* (PCR) *HHV-8* (IHC) *Citomegalovirus* (IHC) *Mycobacterium tuberculosis* (PCR) *EBV/EBER* (ISH) Tipizzazione HPV (PCR) *Helicobacter pylori* (IHC) *Treponema pallidum* (IHC)

Solo estrazione di acidi nucleici

 DNA RNA**Tariffe**

IHC: 87.0 PT, ISH: 470.6 PT, PCR: 470.6 PT