	<b>S.I.M.T. VERCELLI ALL.</b> <i>Informativa per gli utenti esterni del Laboratorio HLA</i>	ALLEGATI CODICE: ALL032 <b>RIF. ACCREDITAMENTO:</b>
	Redatta da:	Approvata da:

FIRMA PER REDAZIONE ANDREOLETTI ENRICA Firmato in originale	FIRMA PER APPROVAZIONE MANGIONE ANNA MARIA Firmato in originale	EMESSO IL : 06/06/2013
---	---	------------------------

### **Informazioni agli utenti esterni per l'esecuzione del prelievo per Tipizzazione HLA**

<b>Esami eseguiti dal laboratorio HLA</b> (accreditato EFI 07-IT-073.927)	<b>Tempo massimo di refertazione</b>
Tipizzazione antigeni HLA classe I e II (loci HLA-A, -B, -DR)	5 gg lavorativi
Tipizzazione antigene HLA-B27	3 gg lavorativi
Tipizzazione genomica HLA-A,-B,-C,-DRB,-DQB a bassa risoluzione	20 gg lavorativi
Tipizzazione HLA per celiachia (eterodimeri DQ2/DQ8, alleli DQA1-DQB1)	20 gg lavorativi
Analisi polimorfismi genici correlati alla trombofilia (mutazioni FII-FV-MTHFR)	20 gg lavorativi

#### **Il prelievo può essere eseguito presso tutti i Centri Prelievi dell'ASL VC**

Il prelievo per l'esecuzione dei test richiesti avviene unicamente dietro prenotazione.

La prenotazione è effettuabile direttamente presso il Servizio Trasfusionale, oppure telefonicamente al numero 0161-593364 (lunedì-venerdì, dalle ore 08:00 alle ore 15:00).

La prenotazione è effettuabile anche presso i Centri Prelievi presenti nel territorio dell'ASL "VC":

Presidio Sanitario Polifunzionale Santhià, via G. Matteotti 24 – tel. 0161 929231-929217  
 Presidio Sanitario Polifunzionale S. Giovanni Battista, Gattinara - tel. 0163 822386 - 822263  
 Ospedale SS. Pietro e Paolo, Borgosesia, via A.F. Ilorini Mo n. 20 - tel. 0163 426392-426396

L'esame tipizzazione HLA non richiede il digiuno (tranne in caso debbano essere eseguiti anche altri esami ematochimici che lo prevedono).

#### **Prelievo eseguito presso il Centro Prelievi di Vercelli**

Il prelievo verrà eseguito il giorno concordato .....presso il Centro Prelievi del P.O. S. Andrea di Vercelli situato nella Piastra Ambulatoriale, Largo Giusti.

Per l'esecuzione del prelievo prendere il numero "salvacode" premendo il tasto 3-Percorsi protetti e poi, al proprio turno, consegnare all'operatore del Centro Prelievi il modulo accluso a questo foglio, compilato con i dati richiesti, insieme all'impegnativa del medico curante.

#### **Prelievo eseguito presso altri Centri Prelievi dell'ASL "VC":**


Il prelievo verrà eseguito il giorno concordato .....

Presso ..... alle ore .....

Per l'esecuzione del prelievo seguire le modalità comunicate al momento della prenotazione.

In caso di annullamento o spostamento della prenotazione si richiede cortesemente di informare tempestivamente il laboratorio HLA telefonando al numero 0161 593364, oppure il Centro Prelievi ove è stata effettuata la prenotazione.

Per informazioni rivolgersi al Laboratorio HLA presso la S.C. Immunoematologia e Servizio Trasfusionale del P.O. S. Andrea, piano terra (lato sinistro) - percorso C, tel. 0161 593364, oppure ai Centri Prelievi dell'ASL "VC".

	<b>S.I.M.T. VERCELLI ALL.</b> <i>Informativa per gli utenti esterni del Laboratorio HLA</i>	ALLEGATI CODICE: ALL032 <b>RIF. ACCREDITAMENTO:</b>
	Redatta da:	Approvata da:

Gent. Signora/Egr. Signore

per la corretta gestione del prelievo ematico necessario per l'esecuzione dell'esame di tipizzazione HLA, La preghiamo di completare la scheda sottostante con i dati indicati e di consegnarla al personale dell'accettazione del Centro Prelievi, insieme all'impegnativa del suo medico curante. Se possibile, Le chiediamo di presentare anche la richiesta del medico specialista, che Le verrà poi restituita insieme al referto.

Il trattamento dei dati da Lei comunicati, nel rispetto della Normativa Vigente per la protezione dei dati personali, ed i Suoi campioni biologici verranno utilizzati dal personale del Laboratorio HLA unicamente al fine dell'esecuzione del test richiesto.

La ringraziamo per la Sua collaborazione.

Il Laboratorio HLA

<b>Scheda di raccolta dati anagrafici ed anamnestici per Tipizzazione HLA</b>	
I dati contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori	
Cognome*	Nome* <span style="float: right;">Sesso* M      F</span>
Luogo di nascita*	Data di nascita*
Indirizzo*	Telefono*
Codice fiscale	Medico richiedente l'esame*
Motivo della richiesta/diagnosi*	
Nella sua famiglia altre persone presentano i suoi stessi disturbi/malattia? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → specificare	
<u>Dati facoltativi:</u> queste informazioni sono utili ma non essenziali ai fini della corretta gestione dei suoi campioni biologici per l'esecuzione dell'esame richiesto. Potranno essere utilizzati per studi scientifici, in forma anonima e con le modalità consentite dalla normativa vigente.	
Da quale regione italiana o stato estero sono originarie le famiglie dei suoi genitori?	
Famiglia paterna	Famiglia materna
I suoi genitori sono parenti fra loro? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → grado di parentela:	

<b>Per il personale del Centro Prelievi</b>
Esame da accettare: _____
Allegare la presente scheda all'impegnativa del medico curante ed inviarle entrambe, insieme alle provette prelevate, al Servizio Trasfusionale.