



S.C. ANALISI CLINICHE
Direttore: Dott. Massimo Di Benedetto
Macroarea Biologia Molecolare

**MODULO RICHIESTA
ESAMI DI BIOLOGIA MOLECOLARE ONCOLOGICA**

COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE IN TUTTE LE SUE PARTI (IN STAMPATELLO)

Cognome e Nome del paziente: _____

Data di nascita (gg/mm/aa): ____/____/____

Sesso: [M] [F]

CF: _____

Notizie cliniche: _____

Struttura di provenienza: S.C. ANATOMIA PATOLOGICA (preparato istologico/citologico)

REPARTO S.C. ONCOLOGIA (biopsia liquida)

Data della raccolta: ____/____/____

ESAMI RICHIESTI:

Predizione risposta terapie in Tumori Solidi Vari - NGS				
<input type="checkbox"/> Pannello NGS DNA	<input type="checkbox"/> EGFR	<input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> BRAF	<input type="checkbox"/> ALK
	<input type="checkbox"/> HRAS	<input type="checkbox"/> NRAS	<input type="checkbox"/> IDH1	<input type="checkbox"/> IDH2
	<input type="checkbox"/> ROS1	<input type="checkbox"/> RET	<input type="checkbox"/> MET	<input type="checkbox"/> PIK3CA
	<input type="checkbox"/> KIT	<input type="checkbox"/> PDGFRA	<input type="checkbox"/> ERBB2	<input type="checkbox"/> FGFR3
<input type="checkbox"/> Pannello NGS RNA	<input type="checkbox"/> ALK	<input type="checkbox"/> ROS1	<input type="checkbox"/> METskip14	<input type="checkbox"/> NTRK
	<input type="checkbox"/> RET	<input type="checkbox"/> FGFR2	<input type="checkbox"/> FGFR3	<input type="checkbox"/> PPARG
Predizione risposta terapie in Carcinoma Polmonare - Rt-qPCR				
<input type="checkbox"/> EGFR				
Predizione risposta terapie in Carcinoma Colo-rettale - Rt-qPCR (DNA)				
<input type="checkbox"/> KRAS-NRAS (RAS TEST)		<input type="checkbox"/> Solo KRAS	<input type="checkbox"/> Solo NRAS	
<input type="checkbox"/> BRAF V600				
Predizione risposta terapie - Rt-qPCR (RNA)				
<input type="checkbox"/> ALK- ROS1-RET- EXONskipMet		<input type="checkbox"/> NTRK		
Predizione risposta terapie in Melanoma - Rt-qPCR				
<input type="checkbox"/> BRAF V600				
Valutazione dell'instabilità dei microsatelliti				
<input type="checkbox"/> MSI				

Nome e Cognome del Clinico Richiedente: _____

Struttura ASL: _____

Timbro e firma

SPAZIO RISERVATO ALLA S. C. ANATOMIA PATOLOGICA

Campione istologico N°: _____

Neoplasia primitiva: Primitivo Metastasi

% cellule Neoplastiche: _____ Distretto Anatomico: _____

Nome e Cognome del Patologo Richiedente: _____

Timbro e firma
