



A.S.M. - Matera P.O. Madonna delle Grazie
U.O.C. Patologia Clinica - Microbiologia e Medicina del Laboratorio
Direttore : Dr. Eustachio Vitullo

RICHIESTA ESAME QUANTIFERON

Il prelievo si effettua previa prenotazione il MERCOLEDI dalle ore 12:00 in sala prelievi (piano -1, corpo C).

Il medico curante avrà cura di compilare questo modulo da allegare alla ricetta medica.

La richiesta del medico (ricetta elettronica) dovrà riportare la seguente dicitura e il relativo codice regionale e/o ministeriale.

Cod. Regionale	Cod. Ministeriale	Descrizione
3001586	90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]

Dati paziente

Cognome e Nome: _____

Codice fiscale: _____

Sesso ☐ F ☐ M Data di nascita: _____

Luogo/Stato di nascita: _____

Medico richiedente: _____ Cellulare: _____

Quesito diagnostico: _____

Pregressa TBC: ☐ SI ☐ NO

Se si, terapia antitubercolare e n° di settimane di terapia: _____

Eventuale Test di Mantoux eseguito: ☐ SI ☐ NO

Se si, indicare l'esito e la data del test: _____

Terapia immunosoppressiva in corso: _____

Data del prelievo _____

Firma del medico richiedente _____