



DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA
UOC IMMUNOLOGIA - Direttore Dott. G. Gandini
Sede di Borgo Roma – P. le Scuro, 10 37124 VERONA
Tel 045/8124257 – 045/8124256



ETICHETTA PAZIENTE

Unità Operativa con Sistema Qualità UNI EN ISO 2001: 2015 Certificato da Bureau Veritas S.p.A.

MODULO RICHIESTA ESAMI IMMUNOLOGICI (MU 304501 06)
Autoimmunità Sistemica

- ☐ Anticorpi anti-nucleo - ANA
- ☐ Anticorpi anti-DNA nativo - dsDNA
- ☐ Anticorpi anti-citoplasma dei granulociti neutrofili (ANCA), anti-MPO e anti-PR3
- ☐ Anticorpi anti-mitocondrio - AMA
- ☐ Anticorpi anti-muscolo liscio - ASMA
- ☐ Anticorpi anti-cellule parietali gastriche - APCA
- ☐ Anticorpi anti-microsomi epatici e renali - LKM
- ☐ Anticorpi anti-ENA (screening anti Sm, RPN, SS-A Ro52, SS-A Ro60, SS-B, Scl-70, Jo-1)

- ☐ Anticorpi anti-CCP3 (peptide citrullinato ciclico 3)
- ☐ Anticorpi anti-Saccharomyces cerevisiae - ASCA
- ☐ Anticorpi anti-Membrana Basale del Glomerulo (GBM)
- ☐ Anticorpi anti-Fattore Intrinseco

Esami approfondimento Autoimmunità Sistemica

- ☐ Anticorpi anti-ENA 2 (Sm, RPN, SS-A Ro52, SS-A Ro60, SS-B, Scl70, Jo-1)
Att.ne: in caso di positività del test di screening vengono eseguiti gli anticorpi contro i singoli antigeni.
- ☐ Profilo ANA (anti nRNP/Sm, Sm, SS-A, Ro-52, SS-B, Scl-70, PM-Scl, Jo-1, CENP B, PCNA, dsDNA, nucleosomi, istoni, Proteina P-rib, AMA-M2, DFS70)
- ☐ Profilo anticorpi associabili a malattie epatiche autoimmuni (anti AMA-M2, M2-3E, sp100, PML, gp210, LKM-1, LCI, SLA/LP, SS-A, Ro-52, Scl-70, CENP A, CENP B, PGDH)
- ☐ Profilo anticorpi anti-antigeni associabili a sclerosi sistemica (anti Scl-70, CENP A, CENP B, RP11, RP155, Fibrillarina, NOR90, Th/To, PM-Scl100, PM-Scl 75, Ku, PDGFR, Ro-52)
- ☐ Profilo anticorpi associabili a miosite (anti Mi-2α, Mi-2β, TIF1γ, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl100, PM-Scl 75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ e Ro52)

Autoimmunità Giunzione Neuromuscolare

- ☐ Anticorpi anti-Recettore per l'Acetilcolina (AChR)
- ☐ Anticorpi anti-MuSK

Malattia Celiaca e Sensibilità al grano

- ☐ IgA anti-Transglutaminasi (anti-TG IgA)
 - ☐ IgG anti-Transglutaminasi (anti-TG IgG)
 - ☐ Anticorpi anti-endomisio (EMA) (solo per conferma di anti-TG IgA positivo o dubbio)
 - ☐ IgA anti-peptidi deamidati della gliadina (AGA-DP IgA)
 - ☐ IgG anti-peptidi deamidati della gliadina (AGA-DP IgG)
 - ☐ IgA anti-Gliadina nativa (AGA IgA)
 - ☐ IgG anti-Gliadina nativa (AGA IgG)
- Dieta priva di glutine: ☐ si ☐ no

Malattie Bollose Autoimmuni

- ☐ Anticorpi anti-Desmogleina 1 (DSG1)
- ☐ Anticorpi anti-Desmogleina 3 (DSG3)
- ☐ Anticorpi anti-BP180
- ☐ Anticorpi anti-BP230

Diagnostica Allergologica

- ☐ Triptasi ☐ IgE totali
- ☐ IgE specifiche per: ☐ pannello inalanti
- ☐ ☐ pannello alimenti
- ☐ ☐ altro (specificare)
- ☐
.....
.....
- ☐ ECP (Proteina cationica degli eosinofili)
- ☐ IgG specifiche per Aspergillus fumigatus
- ☐
.....
.....

Tipizzazione Popolazioni Linfocitarie#

- ☐ Linfociti T, B, NK
 - ☐ Sottopopolazioni B
 - ☐ follow-up HIV
- # richiedere contemporaneamente **emocromo con formula** al Laboratorio Analisi

Citochine

- ☐ Interleuchina 6 - IL6

Manifestazioni cliniche* :		
Il Medico Richiedente*	Unità Operativa*	Tel*
Firma del Medico*	Data prelievo*	
<i>Io sottoscritto, informato sui diritti e limiti D. Lgs del 30-06-2003 n.196 concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, ESPRIMO il mio consenso alla conservazione dell'eventuale residuo del prelievo standard: a) per approfondimenti e/o valutazione diagnostica comparata nel tempo; b) in anonimato a scopo di ricerca.</i> <i>FIRMA del PAZIENTE</i>		

*** campi obbligatori**

Istruzioni per la compilazione

- Attaccare l’etichetta barcode, identificativa del paziente e degli esami richiesti, in alto a destra, nel relativo spazio;
- Barrare la casella corrispondente all’esame/agli esami da richiedere;
 N.B. per i seguenti esami:
 - Malattia Celiaca e Sensibilità al grano, compilare anche la parte riferita alla dieta;
 - Tipizzazione Popolazioni Linfocitarie, richiedere contemporaneamente emocromo con formula al Laboratorio Analisi
- Compilare i campi obbligatori:
 - *Manifestazioni cliniche* - descrivere brevemente le manifestazioni cliniche del paziente;
 - *Il Medico Richiedente* - scrivere nome e cognome del medico richiedente;
 - *Unità Operativa* – scrivere quale U.O. fa richiesta dell’esame;
 - *Tel* – scrivere un numero di telefono di contatto del medico o dell’U.O. richiedente
 - *Firma del Medico* – apporre una firma leggibile del medico richiedente
 - *Data prelievo* – scrivere la data del prelievo

Il paziente può esprimere il proprio consenso alla conservazione dell'eventuale campione residuo del prelievo, per approfondimenti e/o valutazione diagnostica comparata nel tempo (barrare “a”) o in anonimato a scopo di ricerca (barrare “b”), apponendo una firma leggibile nello spazio: *FIRMA del PAZIENTE*.

Data aggiornamento 17/10/2023