

 ISTITUTO GIANNINA GASLINI ISTITUTO PEDIATRICO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO	Modulo di richiesta prestazioni di Laboratorio da Enti esterni	 Joint Commission International ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification
		Pagina 1 di 1 A GES 25.03

Il presente modulo deve essere compilato **OBBLIGATORIAMENTE IN OGNI PARTE PER CIASCUN PAZIENTE**.

Le parti A (dati amministrativi), B (dati del paziente), C (dati del campione) sono a carico dell'Ente richiedente, la parte D è a carico del Laboratorio dell'Istituto Gaslini.

Inviare una copia via mail a: entiesterni@gaslini.org e una seconda copia cartacea va inviata insieme ai campioni a:

LABORATORIO CENTRALE DI ANALISI – PAD.15 PIANO 2 – ACCETTAZIONE – Tel.010/56363275 -IRCC.G.GASLINI

A	ENTE RICHIEDENTE: _____ PARTITA IVA O CODICE FISCALE: _____ UNITÀ OPERATIVA: _____ MEDICO RICHIEDENTE: _____ TELEFONO: _____ INDIRIZZO MAIL (solo mail istituzionali dove ricevere il referto): _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE: _____ AUTORIZZAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA DELL'ENTE RICHIEDENTE: _____ INDICARE INDIRIZZO MAIL e/o PEC DELL'UFFICIO DI RIFERIMENTO PER NSO E FATTURAZIONE _____
B	COGNOME: _____ NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____ SESSO: _____
C	DATA DEL PRELIEVO: _____ DATA INVIO: _____ CAMPIONE/I INVIATI (indicare tipologia): _____ TEMPERATURA DELLA SPEDIZIONE (barrare): AMBIENTE ☐ GHIACCIO SECCO ☐ REFRIGERATA ☐ ESAMI RICHIESTI: _____ MOTIVAZIONE: _____
D	DATA DI ACCETTAZIONE: _____ ORA: _____ COGNOME E NOME DEL TSLB DELL'ACCETTAZIONE: _____ FIRMA: _____ ATTACCARE L'ETICHETTA/E IN QUESTO SPAZIO