



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

GUIDA PER GLI UTENTI

ALLIM7.0101	Revisione 02	Data revisione 30/03/2011	Pagina 1 di 18
-------------	-----------------	------------------------------	-------------------



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

La finalità di queste pagine è quella di far conoscere con precisione:

- **la tipologia degli esami eseguiti nel Laboratorio di Reumatologia ed Immunologia Clinica**
- **la modulistica di richiesta, che è indispensabile compilare in modo completo**
- **le modalità del prelievo**
- **le modalità di invio**
- **i tempi **MASSIMI** di refertazione espressi in giorni lavorativi**
- **l'eventuale necessità di una programmazione dell'esame con il Servizio.**

**L'ACCETTAZIONE dei campioni avviene dalle ore 8 alle ore 9 presso il 1° Laboratorio.
Dopo tale orario i campioni verranno accettati dal nostro laboratorio, previo accordo con i settori.
Non verranno accettati campioni senza richiesta compilata in modo completo.**

ALLIM7.0101	Revisione 01	Data revisione 01/07/2009	Pagina 2 di 18
-------------	-----------------	------------------------------	-------------------



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA E PER IL PRELIEVO

⇒ Ogni richiesta di prestazioni provenienti dai reparti (Modulo di richiesta esami per interni MODIMM7.0101) deve essere :

- compilata nei campi indicati :
 1. Anagrafica completa (nome, cognome, data di nascita del paziente) per la quale è obbligatoria l'etichetta prestampata nel caso di pazienti in regime di ricovero ordinario o in day-hospital
 2. reparto richiedente (barrando l'apposito spazio)
 3. il/i test richiesti
 4. sospetto diagnostico, medico richiedente e data del prelievo sono obbligatori per tutte le richieste di tipizzazione HLA.
- Nel caso di richiesta informatica con il sistema **DnWeb** (Itaca), **non è più necessaria la stampa dell'elenco delle prestazioni prenotate, munito di codice a barre;**
- accompagnata dalla provetta/e necessarie per le prestazioni richieste contenenti il campione biologico del paziente prelevato in accordo alle modalità riportate nel presente manuale
- Le provette sono identificate da etichette su cui sono riportati i seguenti dati: nome, cognome, data di nascita del paziente , reparto richiedente, esame/i richiesto/i.
- Per la tipizzazione HLA finalizzata al trapianto (midollo osseo e rene) ogni singola provetta deve riportare la firma del medico richiedente.

⇒ Le caselle di richiesta degli esami vanno barrate con attenzione

⇒ Tutti gli esami contrassegnati con una stessa lettera sono richiedibili in una provetta

⇒ Nel caso si richiedano esami con il modulo cartaceo, prestare attenzione a quelli il cui nome è affiancato da uno o più numeri tra parentesi, **leggendo attentamente le note** corrispondenti che forniscono in modo sintetico le modalità di prelievo e di trasporto diverse da quelle standard. Tali modalità sono più estesamente riportate nell'elenco di tutti gli esami eseguiti in laboratorio

ALLIM7.0101	Revisione 02	Data revisione 30/03/2011	Pagina 3 di 18
-------------	-----------------	------------------------------	-------------------



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA

Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

NUMERI DI TELEFONO UTILI E FAX

DIRETTORE	Prof.ssa Angela Tincani	030-3995487-8 o int. 2561-2572
RESPONSABILE DEL LABORATORIO	Dr. Franco Franceschini	030-3995487-8 o int. 2568
COORDINATORE TECNICO	Sig. Antonio Pedrini	030-3995486 o int. 2581
REFERENTE QUALITÀ LOCALE	Dr. Flavio Allegri	030-3995486 o int. 2579
SEGRETERIA	Sig.ra Prevosti, Sig.ra Fratti	030-3995487-8
FAX	Laboratorio immunologia Laboratorio HLA	030-3995085 030-3995095
RICERCA AUTOANTICORPI a. ANCA-anti proteinasi 3-Anti mieliperoxidasi-Anti GBM-Anti cardiolipina-Anti beta 2 glicoproteina-Anti DNA nativo b. Anti Nucleo, Anti- Mitocondrio, Anti- Muscolo Liscio, Anti- Cellule Parietali Gastriche, Anti- Reticolina, Anti- LKM, Anti- Endomisio c. Anti ENA	Referenti biologi : 030-3995486 a. Dr. Flavio Allegri b. Dr.ssa Nice Carabellese c. Dr.ssa Marzia Quinzanini	Referenti medici : Per problemi di significato clinico o ulteriore prosecuzione del percorso diagnostico terapeutico (includente anche esami e/o accertamenti non eseguiti dal Laboratorio di Immunologia) è possibile contattare telefonicamente al 030-3995862 : - Dr. Paolo Airo' - Dr. Franco Franceschini - Dr. Marco Taglietti - Dr.ssa Ilaria Cavazzana - Dr.ssa Micol Frassi - Dr.ssa Paola Toniati - Prof.ssa Angela Tincani
DIAGNOSTICA MALATTIA CELIACA	Dr.ssa Nice Carabellese	
DIAGNOSTICA MALATTIA BOLLOSA	Dr.ssa Nice Carabellese	
SIEROLOGIA	Dr.ssa Marzia Quinzanini Dr. Flavio Allegri per Crioglobuline	
COMPLEMENTO • C3-C4 • C1s INH-C2-C5-CH50	Dr.ssa Quinzanini Dr.ssa Marzia Quinzanini	
HLA	Dr.ssa Graziella Carella, Dr. Alberto Malagoli	030-3996454



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

RISPOSTA PROLIFERATIVA LINFOCITARIA • risposta proliferativi ai mitogeni	Dr. Paolo Airò	030-3995487-8 Int. 2571
DETERMINAZIONE CITOFLUORIMETRICA DELLA FENOTIPIA CELLULARE	Dr. Paolo Airò	030-3995486

Analiti che necessitano di modulo di richiesta specifico

(da compilare in aggiunta al modulo di richiesta esami per interni MODIMM7.0101)

NOTA IMPORTANTE: il modulo 7.0101 e 7.0102 devono essere utilizzati **SOLO** dai reparti **NON** informatizzati con Itaca (DNWeb)

Modulo di richiesta esami per interni	MODIMM7.0101
Ricerca IgG precipitanti (PRECIPITINE)	MODIMM7.0101 MODIMM7.0102
Determinazione citofluorimetrica della fenotipia cellulare (tipizzazione linfocitaria con monoclonali)	MODIMM7.0103
Richiesta di tipizzazione HLA per associazione con malattie/farmacogenetica	MODIMM7.0104
Richiesta di tipizzazione HLA per Trapianto Midollo Osseo (pazienti e potenziali donatori)	MODIMM7.0105
Richiesta di tipizzazione HLA per pazienti in attesa di Trapianto Renale	MODIMM7.070203



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA

Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

RICERCA AUTOANTICORPI

Tipologia esame	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
ANCA (anti-citoplasma neutrofili) (metodo IFI)	7784	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -T. ambiente	12 gg.	Se esito positivo, viene sempre eseguita la ricerca di anti-PR 3 e di anti-MPO
Anti-proteinasi 3 (metodo ELISA)	7786	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	12 gg.	
Anti-mieloperossidasi (anti-MPO) (metodo ELISA)	7785	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	12 gg.	
Anti-membrana basale glomerulare (metodo ELISA)	7783	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	10 gg.	
Anti-cardiolipina (aCL) (metodo ELISA)	7774	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	10 gg.	
Anti-β2 glicoproteina I (β2GPI) (metodo ELISA)	7782	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	12 gg.	
Anti-citrullina IgG/IgA (aCCP) (metodo ELISA)	7775	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	10 gg.	Anti peptide ciclico citrullinato

ALLIM7.0101	Revisione 02	Data revisione 30/03/2011	Pagina 6 di 18
-------------	-----------------	------------------------------	-------------------



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

RICERCA AUTOANTICORPI - continua

Tipologia esame	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
Anti-DNA nativo (ds-DNA) (Metodica RIA di Farr)	7770	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	10 gg.	
Anti-nucleo (ANA o ANF) (metodica IFI)	7750	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	8 gg.	Se richiesta, è possibile una titolazione (7751)
Anti-centromero (Metodica IFI)	7758	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	9 gg.	Se richiesta, è possibile una titolazione (7759)
Anti-mitocondrio (AMA) (metodica IFI)	7752	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	9 gg.	Se richiesta, è possibile una titolazione (7753)
Anti-reticolina (ARA) (Metodica IFI)	7767	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	10 gg.	
Anti-cellule parietali gastriche (PCA) (Metodica IFI)	7754	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	9 gg.	Se richiesta, è possibile una titolazione (7755)
Anti-muscolo liscio (ASMA) (Metodica IFI)	7756	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	9 gg.	Se richiesta, è possibile una titolazione (7757)



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

RICERCA AUTOANTICORPI - continua

Tipologia esame	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
Anti-LKM (anti-microsomi epatici e renali) (Metodica IFI)	7765	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	10 gg.	Se richiesta, è possibile una titolazione (7768)
Anticorpi anti-antigeni nucleari estraibili (Anti-ENA) Ricerca	7760	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Temperatura ambiente	14 gg.	Metodiche: controimmuno-elettroforesi; ELISA; Blotting.
Anticorpi anti-antigeni nucleari estraibili (Anti-ENA) ➤ Ro/SS-A ➤ La/SS-B ➤ Sm ➤ U1-RNP ➤ Scl-70 ➤ Jo-1 ➤ Ku ➤ SI ➤ PCNA ➤ rRNP ➤ PM/ScI	7761	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Temperatura ambiente	14 gg.	Metodiche: controimmuno-elettroforesi; ELISA; Blotting.



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

DIAGNOSTICA DELLA MALATTIA CELIACA

Tipologia esame	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
IgA Anti-transglutaminasi umana (a-ttG.) (Metodica ELISA)	7777	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Temperatura ambiente	7 gg.	
Anticorpi anti-peptidi deamidati della gliadina IgA / IgG (DGP-AGA IgA/IgG) (Metodica ELISA)	7804	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Temperatura ambiente	9 gg.	Sensibilità (IgA e IgG combinate): 82 % Specificità (IgA e IgG combinate): 97 %
IgA Anti-endomisio (Metodica IFI)	7776	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Temperatura ambiente	10 gg.	
IgG Anti-endomisio (Metodica IFI)	7789	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Temperatura ambiente	10 gg.	



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

DIAGNOSTICA DELLA MALATTIA BOLLOSA

Tipologia esame	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
Anticorpi anti-BP 180 (Metodica ELISA)	7902	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Temperatura ambiente	10 gg.	
Anticorpi anti-BP 230 (Metodica ELISA)	7903	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Temperatura ambiente	10 gg.	
Anticorpi anti-Desmogleina 1 (Metodica ELISA)	7900	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Temperatura ambiente	10 gg.	
Anticorpi anti-Desmogleina 3 (Metodica ELISA)	7901	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Temperatura ambiente	10 gg.	



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

SIEROLOGIA

Tipologia esame	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
Crioglobuline ricerca	7718	Provetta (tappo bianco) con granuli; 7.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Prelevare ed inviare a 37 °C	10 gg.	Inviare 3 provette
Crioglobuline caratterizzazione ATTENZIONE: Inviare richiesta di ricerca al Laboratorio di Immunologia E richiesta di caratterizzazione al 2° Laboratorio.	7719	Provetta (tappo bianco) con granuli; 7.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Prelevare ed inviare a 37 °C		Inviare 3 provette al Laboratorio di Immunologia.
Criofibrinogeno	7716	2 provette con tappo verde	Na citrato	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Prelevare ed inviare a 37 °C	10 gg.	
	7716	2 provetta con tappo arancio	Eparina sodica			
Viscosimetria	7722	Provetta (tappo bianco) con granuli; 7.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Prelevare ed inviare a 37 °C	4 gg.	Inviare 4 provette



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

SIEROLOGIA - continua

Tipologia esame	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
Sottoclassi IgG (metodica nefelometrica)	7711	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	Temperatura ambiente	6 gg.	
Determinazione IgA salivari (metodica nefelometrica)	7713	1 provetta per urine; 3-4 ml di saliva	Nessuno	Temperatura ambiente	6 gg.	Risciacquare la bocca con acqua, quindi raccogliere la saliva senza alcuna stimolazione
IgG precipitanti verso antigeni inalanti (precipitine)	7800 7800_n	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	Temperatura ambiente	14 gg.	Compilare apposito modulo di richiesta



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

COMPLEMENTO

Tipologia esame	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
CH50 (Attività Complementare totale) (Metodica funzionale emolitica)	7810	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	6 gg.	E' necessario che pervenga al laboratorio il più presto possibile
C3 – C4 (metodo nefelometrico)	7816	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	6 gg.	
C5 (Immunodiffusione radiale)	7818	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	6 gg.	Richiedibile in un'unica provetta con C2
C2 (Immunodiffusione radiale)	7820	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	8 gg.	Richiedibile in un'unica provetta con C5
C1s INH (C1s inibitore) (metodo nefelometrico)	7814	Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue	Nessuno	-Pz. a digiuno da 8 ore; -Temperatura ambiente	6 gg.	



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA

Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

HLA

Tipologia esame	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
Tipizzazione sierologica HLA classe I ^a : locus A e B	7825	Provetta con tappo giallo; 5.6 ml di sangue intero	CPDA	-Temperatura ambiente	7 gg.	Modulo di richiesta MODIMM7.0104
Tipizzazione molecolare HLA-DRB1 a bassa risoluzione	7827	Provetta con tappo rosso; 2.7 ml di sangue intero	EDTA	-Temperatura ambiente	18 gg.	Modulo di richiesta MODIMM7.0104
Tipizzazione molecolare HLA-DQB1 a bassa risoluzione	7830	Provetta con tappo rosso; 2.7 ml di sangue intero	EDTA	-Temperatura ambiente	18 gg.	Modulo di richiesta MODIMM7.0104
Tipizzazione molecolare per celiachia (eterodimeri HLA-DQ2, DQ8 - geni DQA1 e DQB1)	7828 7829	Provetta con tappo rosso; 2.7 ml di sangue intero	EDTA	-Temperatura ambiente	18 gg.	Modulo di richiesta MODIMM7.0104
Tipizzazione molecolare HLA-B*5701 per intolleranza ABACAVIR		Provetta con tappo rosso; 2.7 ml di sangue intero	EDTA	-Temperatura ambiente	3 gg. per screening 7 gg. per approfondimento	Modulo di richiesta MODIMM7.0104
Tipizzazione molecolare altri loci / alleli HLA (HLA-A, B, C, DPB1)		Provetta con tappo rosso; 2.7 ml di sangue intero	EDTA	-Temperatura ambiente	18 gg.	Modulo di richiesta MODIMM7.0104
Tipizzazione per TMO (pazienti e potenziali donatori) - Screening (a) - Approfondimento (b) - Test di conferma (b)		(a) Provetta con tappo giallo; 5.6 ml di sangue intero + provetta con tappo rosso; 2.7 ml di sangue intero (b) 2 provette con tappo rosso; 2.7 ml di sangue intero	(a) CPDA e EDTA (b) EDTA	-Temperatura ambiente	18 gg.	- Modulo di richiesta MODIMM7.0105 - Firma del medico sulle provette



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

HLA - continua

Tipologia esame	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
Tipizzazione HLA per pazienti in attesa di Trapianto Renale		1 provetta con tappo giallo; 5.6 ml di sangue intero + 2 provette con tappo rosso; 2.7 ml di sangue intero	CPDA e EDTA	-Temperatura ambiente	30 gg.	- Modulo di richiesta MODIMM7.070203 - Firma del medico sulle provette
Anticorpi anti HLA		Provetta (tappo bianco) con granuli; 4.5 ml di sangue		-Temperatura ambiente	30 gg.	- Modulo di richiesta MODIMM7.0110 - Prestazione solo per Interni



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

RISPOSTA PROLIFERATIVA LINFOCITARIA

Tipologia esami	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
Risposta proliferativa ai mitogeni (PHA, CD3, IL2, CD3+IL2, PMA+Ionomicina)		2 provette con tappo arancio; 4.5 ml di sangue intero	Litio eparina	Prelievo sterile Temperatura ambiente	10 gg.	Richiesto appuntamento (int. 5486 - 2558). Lunedì - Venerdì 09:00 - 12:00

DETERMINAZIONE CITOFUORIMETRICA DELLA FENOTIPIA CELLULARE

Tipologia esami	Codice interno	Tipologia provetta	Anticoagulante	Modalità di prelievo e di trasporto	Tempo <u>max.</u> di risposta	Note
Tipizzazione linfocitaria con anticorpi monoclonali su sangue periferico (CD3, CD4, CD8)		Provetta con tappo rosso; 2.7 ml di sangue intero	EDTA	Temperatura ambiente	2 gg.	Si accetta da lunedì a venerdì con richiesta per citofluorimetria
BAL (liquido di lavaggio bronco-alveolare)		Provetta di plastica 50 ml	Eparina sodica	Temperatura ambiente	2 gg.	Si accetta da lunedì a venerdì con richiesta per citofluorimetria



INDICE

RICERCA AUTOANTICORPI -----	6
ANCA-----	6
ANTI-PROTEINASI 3 -----	6
ANTI-MIELOPEROSSIDASI-----	6
ANTI-MEMBRANA BASALE GLOMERULARE -----	6
ANTI-CARDIOLIPINA (ACL) -----	6
ANTI- β_2 GLICOPROTEINA I (β_2 GPI)-----	6
ANTI-CITRULLINA-----	6
ANTI-DNA NATIVO-----	7
ANTI-NUCLEO -----	7
ANTI-CENTROMERO-----	7
ANTI-MITOCONDRIO-----	7
ANTI-RETICOLINA-----	7
ANTI-CELLULE PARIETALI GASTRICHE -----	7
ANTI-MUSCOLO LISCIO (ASMA)-----	7
ANTI-LKM-----	8
ANTICORPI ANTI-ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ANTI-ENA)-----	8
DIAGNOSTICA DELLA MALATTIA CELIACA -----	9
IGA ANTI-TRANSGLUTAMINASI UMANA -----	9
IGA / IGG ANTI-GLIADINA-----	9
IGA ANTI-ENDOMISIO IGA / IGG-----	9
DIAGNOSTICA DELLA MALATTIA BOLLOSA -----	10
IANTI-BP 180-----	10
IANTI-BP 230-----	10
IANTI-DESMOGLEINA 1-----	10
IANTI-DESMOGLEINA 3-----	10
SIEROLOGIA -----	11
CRIOGLOBULINE RICERCA-----	11
CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE -----	11
CRIOFIBRINOGENO-----	11
VISCOSIMETRIA-----	11
SOTTOCLASSI IGG-----	12
DETERMINAZIONE IGA SALIVARI-----	12
IGG PRECIPITANTI VERSO ANTIGENI INALANTI (PRECIPITINE)-----	12



U.O. di REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
Direttore: Prof.ssa Angela Tincani

COMPLEMENTO	13
CH50.....	13
C3 – C4	13
C5	13
C2	13
C1s INH.....	13
HLA	14
TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I ^A : LOCUS A, B	14
TIPIZZAZIONE MOLECOLARE HLA-DRB1 A BASSA RISOLUZIONE.....	14
TIPIZZAZIONE MOLECOLARE HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE.....	14
TIPIZZAZIONE MOLECOLARE PER CELIACHIA	14
TIPIZZAZIONE MOLECOLARE HLA-B*5701 PER INTOLLERANZA ABACAVIR	14
TIPIZZAZIONE MOLECOLARE ALTRI LOCI.....	14
TIPIZZAZIONE PER TMO.....	14
TIPIZZAZIONE PER PAZIENTI IN ATTESA DI TRAPIANTO RENALE	15
ANTICORPI ANTI HLA	15
RISPOSTA PROLIFERATIVA LINFOCITARIA	16
RISPOSTA PROLIFERATIVA AI MITOGENI	16
DETERMINAZIONE CITOFUORIMETRICA DELLA FENOTIPIA CELLULARE	16
TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA CON ANTICORPI MONOCLONALI SU SANGUE PERIFERICO (CD3, CD4, CD8).....	16
BAL.....	16



COGNOME _____

NOME _____

NATO/A IL _____ Prelievo del _____

REPARTO RICHIEDENTE (barrare l'apposito spazio)

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 770 ACCETT IC | <input type="checkbox"/> 736 DIALISI PERIT. | <input type="checkbox"/> 588 MED 2 F | <input type="checkbox"/> 652 ONCOLOGIA | <input type="checkbox"/> 525 SCLER MULT DH |
| <input type="checkbox"/> 813 ALLERG DH | <input type="checkbox"/> 950 MED PREV | <input type="checkbox"/> 589 MED 2 M | <input type="checkbox"/> 823 ONCOLOGIA DH | <input type="checkbox"/> 542 TERAPIA INT NEONATALE |
| <input type="checkbox"/> 562 CARD F | <input type="checkbox"/> 575 EMATOL | <input type="checkbox"/> 572 MED 2 ENDOCR DH | <input type="checkbox"/> 519 ORL EST | <input type="checkbox"/> 818 TRAUMATOLOGIA 1 |
| <input type="checkbox"/> 563 CARD M | <input type="checkbox"/> 1007 EMATOL DH | <input type="checkbox"/> 508 MED. LAVORO | <input type="checkbox"/> 520 ORL OVEST | <input type="checkbox"/> 638 TRAUMATOLOGIA 2 |
| <input type="checkbox"/> 9011 CARD DH | <input type="checkbox"/> 644 EMODIALISI | <input type="checkbox"/> 598 NCH F | <input type="checkbox"/> 824 ORL PED DH | <input type="checkbox"/> 535 TMO |
| <input type="checkbox"/> 521 CCH UDA | <input type="checkbox"/> 512 EPATOLOGIA | <input type="checkbox"/> 599 NCH M | <input type="checkbox"/> 645 OSTET 1 | <input type="checkbox"/> 654 TX RENE |
| <input type="checkbox"/> 560 CCH | <input type="checkbox"/> 527 GASTROENT. | <input type="checkbox"/> 683 NEFROLOGIA | <input type="checkbox"/> 647 OSTET 2 | <input type="checkbox"/> 640 UNITA' CORONARICA |
| <input type="checkbox"/> 564 CH MAX | <input type="checkbox"/> 576 GINE 1 | <input type="checkbox"/> 708 DIALISI NUOVO RONCO | <input type="checkbox"/> 541 PAT NEONATALE | <input type="checkbox"/> 642 URO F |
| <input type="checkbox"/> 515 CH 1 V piano | <input type="checkbox"/> 577 GINE 2 | <input type="checkbox"/> 539 NEONATOLOGIA 2 | <input type="checkbox"/> 811 PED DH | <input type="checkbox"/> 643 URO M |
| <input type="checkbox"/> 733 CH 1 VI piano | <input type="checkbox"/> 507 IC LAB | <input type="checkbox"/> 531 NEUR 1 VASC | <input type="checkbox"/> 610 PED OVEST | <input type="checkbox"/> 522 URO DH |
| <input type="checkbox"/> 554 CH 2 F | <input type="checkbox"/> 579 INF 1-DEG. | <input type="checkbox"/> 532 NEUR 1 VASC DH | <input type="checkbox"/> 620 PNEUMO F | <input type="checkbox"/> 536 UROGINECOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> 555 CH 2 M | <input type="checkbox"/> 583 INF 1-DH | <input type="checkbox"/> 596 NEUR 2 | <input type="checkbox"/> 621 PNEUMO M | |
| <input type="checkbox"/> 548 CH 3 | <input type="checkbox"/> 581 INF 2-DEG. | <input type="checkbox"/> 530 NEUR 2 DH | <input type="checkbox"/> 822 PSICHIATRIA | |
| <input type="checkbox"/> 1005 CH PED DH | <input type="checkbox"/> 582 INF 2-DH | <input type="checkbox"/> 540 NIDO | <input type="checkbox"/> 584 RADIO F | |
| <input type="checkbox"/> 566 CH PL | <input type="checkbox"/> 580 INF 2-III piano | <input type="checkbox"/> 809 NPI | <input type="checkbox"/> 585 RADIO M | |
| <input type="checkbox"/> 558 CH TOR | <input type="checkbox"/> 528 M TROP IMP | <input type="checkbox"/> 808 NPI DH | <input type="checkbox"/> 650 REUM E IMM DH | |
| <input type="checkbox"/> 952 PRIVATI | <input type="checkbox"/> 513 MSA | <input type="checkbox"/> 622 OCULISTICA | <input type="checkbox"/> 626 RIAN 1 | |
| <input type="checkbox"/> 570 DERMO | <input type="checkbox"/> 586 MED 1 F | <input type="checkbox"/> 533 OCULISTICA DH | <input type="checkbox"/> 628 RIAN 2 | |
| <input type="checkbox"/> 648 DIABETOL DH | <input type="checkbox"/> 587 MED 1 M | <input type="checkbox"/> 537 ONCOEMATOL. PED. DH | <input type="checkbox"/> 630 RIAN CCH | |

ALTRO.....

RICERCA AUTOANTICORPI

Titolo	Singolo	
	<input type="checkbox"/> 7784	ANCA IN IFI
	<input type="checkbox"/> 7786	ANCA ANTI ALFA GRANULI
	<input type="checkbox"/> 7785	ANCA ANTI MPO
	<input type="checkbox"/> 7782	ANTI BETA 2 GLICOPROT. I (IgG-IgM)
	<input type="checkbox"/> 7774	ANTI CARDIOLIPINA(IgG-IgM)
<input type="checkbox"/> 7755	<input type="checkbox"/> 7754	ANTI CELL PARIETALI GASTRICHE
<input type="checkbox"/> 7759	<input type="checkbox"/> 7758	ANTI CENTROMERO
	<input type="checkbox"/> 7770	ANTI DNA NATIVO
	<input type="checkbox"/> 7761	ANTI ENA CARATTERIZZAZIONE (a)
	<input type="checkbox"/> 7760	ANTI ENA RICERCA (a)
<input type="checkbox"/> 7768	<input type="checkbox"/> 7765	ANTI LKM
	<input type="checkbox"/> 7783	ANTI MEMBRANA BASALE GLOMERULARE - ANTI GBM
<input type="checkbox"/> 7753	<input type="checkbox"/> 7752	ANTI MITOCONDRIO-AMA
<input type="checkbox"/> 7757	<input type="checkbox"/> 7756	ANTI MUSCOLO LISCIO-ASMA
<input type="checkbox"/> 7751	<input type="checkbox"/> 7750	ANTI NUCLEO- ANA
	<input type="checkbox"/> 7767	ANTI RETICOLINA -ARA
	<input type="checkbox"/> 7775	ANTI CITRULLINA

DIAGNOSTICA MALATTIA CELIACA

- 7901 ANTI BP 180
 7902 ANTI BP 230
 7903 ANTI DESMOGLEINA 1
 7904 ANTI DESMOGLEINA 3

COMPLEMENTO

- 7812 C1s INIBITORE
 7814 C2
 7816 C3 (b)
 7818 C4 (b)
 7820 C5
 7810 CH50-ATTIVITA' EMOLITICA
 COMPLEMENTARE TOTALE

SIEROLOGIA

- 7718 RICERCA CRIOGLOBULINE E CRIOCRITO (2)(3)
 2719 CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (2)(4)
 7716 CRIOFIBRINOGENO RICERCA (2)
 7713 IgA SECRETORIE SALIVARI
 7800 IgG PRECIPITANTI (1)
 7711 SOTTOCLASSI IgG
 7722 VISCOSIMETRIA (2)(5)

DIAGNOSTICA MALATTIA CELIACA

- 7776 ANTI ENDOMISIO
 7804 ANTI GLIADINA IgG e IgG
 7777 ANTI TRANSGLUTAMINASI IgA
 7780 ANTI ENDOMISIO BIOPSY (6)

NOTE

Tutti gli analiti contrassegnati con la stessa lettera sono richiedibili in un'unica provetta (a, b)

- (1) Compilare apposito **modulo di richiesta**
 (2) Conservazione e trasporto alla temperatura di **37°C**
 (3) Inviare 2 provette con tappo bianco - 7.5 ml sangue
 (4) Inviare 3 provette con tappo bianco - 7.5 ml sangue (comprende anche ricerca)
 (5) Inviare 4 provette con tappo bianco - 7.5 ml sangue
 (6) Richiedere fiala con terreno di coltura al laboratorio

Documento	Revisione	Data	Pagina
MODIMM7.0101	02	01/04/2011	1 di 2

TIPIZZAZIONE HLA

Tutti i test relativi al sistema HLA vanno richiesti mediante il **modulo apposito**, dove sono diffusamente elencati.

IMMUNOLOGIA CELLULARE

Tutti i test sotto elencati vengono eseguiti **esclusivamente su prenotazione**

- 7842 COLTURA LINFOCITARIA MISTA Tel. 6454
 - 7831 CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE Tel. 6454
 - 7838 TEST DI BLASTIZZAZIONE (RISPOSTA PROLIFERATIVA AI MITOGENI) Tel. 2558
-

DETERMINAZIONE CITOFUORIMETRICA DELLA FENOTIPIA CELLULARE

Tutti i test relativi a determinazioni citofluorimetriche della fenotipia cellulare vanno richiesti mediante **l'apposito modulo di richiesta**, dove sono diffusamente elencati

ATTENZIONE : ESAMI NON ACCETTATI IL SABATO

Documento	Revisione	Data	Pagina
MODIMM7.0101	02	01/04/2011	2 di 2



**RICERCA IgG PRECIPITANTI ANTIGENI INALANTI
(PRECIPITINE)**

DIVISIONE / SERVIZIO Sezione M F D.H.

PAZIENTE: Cognome Nome Data di nascita

SPECIFICITÀ RICHIESTE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alternaria tenuis | <input type="checkbox"/> Piume d'oca |
| <input type="checkbox"/> Aspergillus versicolor | <input type="checkbox"/> Piume d'anatra |
| <input type="checkbox"/> Aspergillus amstelodami | <input type="checkbox"/> Piume di pollo |
| <input type="checkbox"/> Aspergillus flavus | <input type="checkbox"/> Saccharomyces viridis |
| <input type="checkbox"/> Aspergillus fumigatus | <input type="checkbox"/> Siero di canarino |
| <input type="checkbox"/> Aspergillus niger | <input type="checkbox"/> Siero di pappagallino |
| <input type="checkbox"/> Aspergillus terreus | <input type="checkbox"/> Siero di piccione |
| <input type="checkbox"/> Aureobasidium pullulans | <input type="checkbox"/> Siero di pollo |
| <input type="checkbox"/> Cladosporium herbarum | <input type="checkbox"/> Thermoactinomyces vulgaris |
| <input type="checkbox"/> Escrementi di piccione | <input type="checkbox"/> Thermopolyspora polyspora |
| <input type="checkbox"/> Micropolyspora feni | <input type="checkbox"/> Isocianato HDI (HSA) |
| <input type="checkbox"/> Penicillia mix | <input type="checkbox"/> Isocianato MDI (HSA) |
| <input type="checkbox"/> Penicillium notatum | <input type="checkbox"/> Isocianato TDI (HSA) |

Firma leggibile del Medico

Data

.....

Documento	Revisione	Data Revisione	Pagina
MODIMM7.0102	02	29/04/11	1 di 1



SPEDALI CIVILI BRESCIA
AZIENDA OSPEDALIERA

U.O. Reumatologia
e Immunologia Clinica

MODULO DI RICHIESTA TIPIZZAZIONE IMMUNOFENOTIPICA

Cognome.....

Nome

Nato il Prelievo del.....

ETICHETTA

Spazio per etichetta prestampata da
apporre in alternativa

DETERMINAZIONE CITOFLUORIMETRICA DELLA FENOTIPIA CELLULARE (SI ESEGUE DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ)

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO:

QUESITO CLINICO:

MATERIALE IN ESAME:

Sangue periferico (1)

BAL (2)

TIPIZZAZIONE CELLULARE:

Esami richiedibili da TUTTI I REPARTI:

Tipizzazione di base (CD3, CD4, CD8) (a)

Esami richiedibili solo da REPARTI PEDIATRICI:

Tipizzazione per monitoraggio ricostituzione immunologica
dopo trapianto di midollo osseo (a)

Tipizzazione estesa (indicare le popolazioni e/o marcature di
interesse) (a)

.....
.....
.....

ESAME GIÀ ESEGUITO:

Sì data No

È indispensabile fornire le seguenti informazioni:

GB totali Neutrofili Linfociti Blasti Altro

Descrizione citologica del materiale in esame

.....

NOTA: Tutti gli esami contrassegnati con la lettera (a) sono richiedibili in'unica provetta;

(1) provetta emocromo;

(2) provetta da 50 ml.

Medico richiedente

Documento	Revisione	Data	Pagina
MODIMM7.0103	03	01/04/2011	1 di 1



**ASSOCIAZIONE HLA E
MALATTIE / FARMACOGENETICA**

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____ Sesso M F

Reparto: _____

in alternativa apporre etichetta prestampata

Lab. HLA(ID): _____

SOSPETTO DIAGNOSTICO:.....

In assenza dell'indicazione diagnostica il test NON verrà eseguito

METODICA SIEROLOGICA

TEST SIEROLOGICO DI CLASSE I (loci A e B): *1 PROVETTA con CPDA*

se si ricerca un antigene preciso barrare anche una delle seguenti opzioni

HLA-B27 HLA-B51 altro.....

METODICHE IN BIOLOGIA MOLECOLARE

TEST MOLECOLARE DRB1 a bassa risoluzione

TEST MOLECOLARE DQB1 a bassa risoluzione

TEST MOLECOLARE per CELIACHIA
(Eterodimeri DQ2, DQ8 - geni DQA1 e DQB1)

TEST MOLECOLARE B*5701 per intolleranza ABACAVIR

*1 PROVETTA con EDTA
fino a 2 test richiesti*

ALTRO.....

Specificare l'antigene/allele di interesse

DATA _____ RICHIEDENTE _____ TEL. _____

Documento	Revisione	Data Revisione	Pagina
MODIMM7.0104	02	14/04/2009	1



PAZIENTI CANDIDATI A TMO

Paziente: _____
 Data di nascita: _____ Sesso M F
 Reparto richiedente: _____
in alternativa apporre etichetta prestampata
 DIAGNOSI.....

Lab. HLA(ID): _____

TMO previsto il : _____

- Tipizzazione di screening (a) (b)
(Bassa Risoluzione)
- Tipizzazione di approfondimento: (b) (1)
(Alta risoluzione)
- da protocollo
- altri loci
- attivazione ricerca MUD (b)
- Test di conferma** (b)

FAMIGLIARI DEL SOPRAINDICATO PAZIENTE (prosegue a pag.2)

Indicare quali e quanti sono o saranno disponibili: padre madre fratelli/sorelle n:.....

Se tipizzati da altri centri inviare al laboratorio copia del referto

Anagrafica: _____
 Data di nascita: _____ Sesso M F
 Prelevato in regime di DH Est. con impegnativa
 padre madre fratello/sorella

Lab. HLA(ID): _____

- Tipizzazione di screening (a) (b)
(Bassa Risoluzione)
- Tipizzazione di approfondimento : (b) (1)
(Alta Risoluzione)
- da protocollo altro.....
- Test di conferma per donazione (b)

Anagrafica: _____
 Data di nascita: _____ Sesso M F
 Prelevato in regime di DH Est. con impegnativa
 padre madre fratello/sorella

Lab. HLA(ID): _____

- Tipizzazione di screening (a) (b)
(Bassa Risoluzione)
- Tipizzazione di approfondimento : (b) (1)
(Alta Risoluzione)
- da protocollo altro.....
- Test di conferma per donazione (b)

NOTE: (a) 1 PROVETTA con CPDA (b) 2 PROVETTE con EDTA
 (1) Verificare con il laboratorio (int. 6454) la necessità di campioni biologici e di impegnativa

DATA _____ MEDICO referente _____ TEL. _____

Documento	Revisione	Data di revisione	pagina
MODIMM7.0105	04	14/04/09	1 di 2



Anagrafica: _____
 Data di nascita: _____ Sesso M F
 Prelevato in regime di DH Est. con impegnativa
 fratello/sorella altro.....

Lab. HLA(ID): _____

- Tipizzazione di screening (a) (b)
(Bassa Risoluzione)
- Tipizzazione di approfondimento : (b) (1)
(Alta Risoluzione)
- da protocollo altro.....
- Test di conferma per donazione (b)

Anagrafica: _____
 Data di nascita: _____ Sesso M F
 Prelevato in regime di DH Est. con impegnativa
 fratello/sorella altro.....

Lab. HLA(ID): _____

- Tipizzazione di screening (a) (b)
(Bassa Risoluzione)
- Tipizzazione di approfondimento : (b) (1)
(Alta Risoluzione)
- da protocollo altro.....
- Test di conferma per donazione (b)

Anagrafica: _____
 Data di nascita: _____ Sesso M F
 Prelevato in regime di DH Est. con impegnativa
 fratello/sorella altro.....

Lab. HLA(ID): _____

- Tipizzazione di screening (a) (b)
(Bassa Risoluzione)
- Tipizzazione di approfondimento : (b) (1)
(Alta Risoluzione)
- da protocollo altro.....
- Test di conferma per donazione (b)

**DONATORE UNRELATED DA REGISTRO (MUD)
PER IL PAZIENTE : (dati del paziente da indicare a pag.1)**

Codice donatore:	Reparto:
------------------	----------

Tipizzazione in Alta Risoluzione : da protocollo altri loci.....

NOTE: (a) (b) (1) vedi pag.1

DATA _____ MEDICO referente _____ TEL. _____

Documento	Revisione	Data di revisione	pagina
MODIMM7.0105	04	14/04/09	2 di 2



RICERCA ANTICORPI ANTI HLA

Cognome: _____	Lab. HLA(ID): _____
Nome: _____	
Data di nascita: _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Reparto: _____	
<i>in alternativa apporre etichetta prestampata</i>	
	<input type="checkbox"/> URGENTE

TRAPIANTO ESEGUITO IL :

MOTIVO DEL PRELIEVO

- Monitoraggio clinico
- Monitoraggio per disfunzione
- Monitoraggio dopo terapia (eseguita nei 30 giorni precedenti il prelievo):
 - Plasmaferesi Campath
 - Bortezomib Timoglobuline
 - Rituximab
 - Ig alte dosi

TEMPO DI MONITORAGGIO

- situazione basale al trapianto (t0)* 18 mesi (t18)
- 3 mesi (t3) 24 mesi (t24)
- 6 mesi (t6)
- 12 mesi (t12)

*** Quando viene effettuato il prelievo per la situazione basale al trapianto (t0) ALLEGARE LA COPIA DEL VERBALE DEL NITp**

DATA _____ RICHIEDENTE _____ TEL. _____

Documento	Revisione	Data Revisione	Pagina
MODIMM7.0110	00	31/03/2011	1 di 1



N. ingresso Lab. HLA (ID):

PAZIENTI IN ATTESA DI TRAPIANTO RENALE

Data:.....

Spazio per fotocopia tessera sanitaria o codice fiscale

Trapianto già effettuato nel

Note:.....

.....

Documento	revisione	Data di revisione	pagina
MODIMM7.070203	03	28/04/11	1