



MOD01/PG05/DIPS/PATC

rev. 0.0 2023

**A seguito di malfunzionamento dei sistemi informativi si richiede, in modalità cartacea, l'esecuzione dei seguenti esami:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ reparto U.O \_\_\_\_\_

 **Profilo SEPSI** :Emocromo HB,GR,GB,HCT,PLT,IND. DERIV,F.L azotemia / glicemia /creatinina /sodio /potassio / pcr /procalcitonina / PT /PTT /d-dimero /fibrinogeno **Profilo ITTERO**: Emocromo: HB,GR,GB,HCT,PLT,IND. DERIV,F.L / glicemia /creatinina /sodio /potassio /GOT /GPT /GAMMA GT /CPK/bilirubina diretta e indiretta / fosfatasi alcalina/amilasi /lipasi/ pt /ptt /d-dimero /fibrinogeno **Profilo TIROIDE** Emocromo: HB,GR,GB,HCT,PLT,IND. DERIV, F.L/ TSH/ FT3/ FT4/ Anti TG/ Anti TPO/ Calcitonina **Profilo COAGULAZIONE**: Emocromo: HB,GR,GB,HCT,PLT,IND. DERIV, F.L/ INR/PT /PTT /Fibrinogeno/D-Dimero/ATIII **Profilo PREOPERATORIO chirurgia maggiore**: Emocromo: HB,GR,GB,HCT,PLT,IND. DERIV, F.L/Glicemia/Azotemia/Creatinina/Sodio/Potassio/Proteine/Albumina/Dibucaina/Colinesterasi (Pseudo-che)/GPT ALT/GOT/LDH/CPK/PT /PTT **Profilo Chir Minore Pre-Op** Emocromo : HB,GR,GB,HCT,PLT,IND. DERIV, F.L /Glicemia Azotemia/Creatinina/ Sodio/ Potassio /Dibucaina/Colinesterasi (Pseudo-che) /CPK **Profilo Chir Intermedia Pre-Op** Emocromo : HB,GR,GB,HCT,PLT,IND. DERIV, F.L /Glicemia Azotemia/Creatinina/ Sodio/ Potassio /Dibucaina/Colinesterasi (Pseudo-che) /CPK / GOT/GPT/ GammaGT/ Bilirubina diretta-indiretta/Fosfatasi alcalina **Profilo POSTOPERATORIO chirurgia maggiore** Emocromo: HB,GR,GB,HCT,PLT,IND. DERIV, F.L/Glicemia /Azotemia/Creatinina/Sodio/Potassio/Magnesio/Cloro /Fosforo/ Proteine/Albumina /GOT/GPT/ GammaGT/ Bilirubina diretta-indiretta/Fosfatasi alcalina **Profilo POSTOPERATORIO Chirurgia minore**: Emocromo: HB,GR,GB,HCT,PLT,IND. DERIV, F.L/Glicemia /Azotemia/Creatinina **Profilo Markers tumorali** CEA /Ca19.9/ Ca125/ Ca15.3 **Profilo Trasfusionale** HbsAg/ Anti- HCV/ Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ TIMBRO e firma del medico richiedente \_\_\_\_\_

**N.B. Data, ora e chiara identificazione del medico (timbro e firma) sono obbligatori per l'accettazione della richiesta.**