



MODULO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA RICHIESTA DEL TEST ISAC

A cura del Medico Richiedente:

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte, deve essere presentato insieme all'impegnativa al momento dell'accettazione.

Nota informativa

Il test ISAC (Immuno Solid-phase Allergen Chip) fornisce **risultati semiquantitativi** per un pannello esteso di allergeni; è ritenuto di terzo livello, da richiedere esclusivamente in situazioni cliniche particolari e dopo aver già effettuato indagini con i test tradizionali.

Pertanto, non si effettueranno test ISAC come indagini di primo livello e la prescrizione del test ISAC, verrà di fatto sostituita con i pannelli prestabiliti.

Paziente: Nome..... Cognome.....

Medico Richiedente: Medico Medicina Generale: Dr./Dr.ssa

Medico Specialista: Dr./Dr.ssa

Recapito telefonico.....

Indagini in vitro già eseguite:

SI: Dove **NO**
Quali
Esiti

Test cutanei:

SI: Esiti **NO**

Risultati di determinazioni di IgE specifiche precedenti.....

.....
.....

Notizie cliniche e/o Note informative.....

.....
.....

Data

Firma del Medico Richiedente

Contatti telefonici: 049 8212506; fax 049 8212785