

---

## IMMUNOFENOTIPO DI MEMBRANA

**Nome**.....

**Quesito diagnostico**.....

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

**Notizie cliniche**.....

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

**Eventuale terapia**.....

**Esame già eseguito in data**.....

Data

Firma del Medico