

## Le indicazioni per la centralizzazione dei campioni



I campioni devono essere inviati all'attenzione di Mussolin-Pillon e, in base all'imminente apertura dei nuovi protocolli terapeutici, devono essere centralizzati:

### - **per i linfomi linfoblastici:**

1. biopsia in terreno di coltura a temperatura ambiente oppure congelata in ghiaccio secco oppure blocchetti di tessuto tumorale in paraffina
2. BM e PB in Na-citrato, liquor, versamenti a temperatura ambiente



OBBLIGATORIO  
PER LBL-2018

### - **per tutti gli altri linfomi:**

1. biopsia in terreno di coltura a temperatura ambiente oppure congelata in ghiaccio secco,
2. BM, PB in Na-citrato, liquor, versamenti a temperatura ambiente.



## LE LETTERE DI ACCOMPAGNAMENTO DEI CAMPIONI BIOLOGICI DEVONO

essere su carta intestata, indicare firma e timbro del medico

in alternativa

Inviare la stampa di invio campione con registrazione del codice UPN



## Time-points stabiliti da protocollo

→ alla diagnosi BM, PB e tessuto e ai seguenti time-points solo BM e PB

LNH-B

- 1) diagnosi
- 2) dopo primo ciclo

ALCL99

- 1) diagnosi
- 2) dopo primo ciclo

LBL2018

- 1) diagnosi

Questi time-points non richiedono impegnativa, richiesta invece per successive analisi!!!



# NB

Tutte le richieste di referti “SCREENING MOLECOLARE DELLE ANOMALIE GENETICHE NEI LINFOMI NON-HODGKIN mediante RT-PCR/LD-PCR” per pazienti fuori da protocolli clinici e/o non registrati DEVONO pervenire con impegnativa o con autorizzazione della Az. Osp.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
REGIONE LOMBARDIA			
COGNOME E NOME / INIZIALI DELL'ASSISTITO			
INDIRIZZO:	PROV: MB	CAP: 20811	
CITTA': CESANO MADERNO	PROV: MB	CODICE ASL: 030311	DISPOSIZIONI REGIONALI:
ESENZIONE: NON ESENTE	SIGLA PROVINCIA: MB	CODICE ASL: 030311	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (SM):	ALTR0:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (G.U.B.P.):	
PRESCRIZIONE			
02737026 KLACID140PR/RV 500MG - DPH CLARITROMICINA 500MG 14 UNITA' USO ORALE	QTA	NOTA	
	1		
QUESTO DIAGNOSTICO: _____			
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: Assie. SSN DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____			
CODICE AUTENTICAZIONE: _____			
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011v			