A.O.U. CONSORZIALE POLICLINICO – BARI
U.O. S.D. di TIPIZZAZIONE TESSUTALE e IMMUNOLOGIA dei TRAPIANTI
Tel. 0805592362 – FAX 0805592528

PROVENIENZA **(timbro)**

ELENCO PAZIENTI PER CONTROLLO QUADRIMESTRALE
-RICERCA ANTICORPI anti-HLA CLASSE I e CLASSE II
-CRIOCONSERVAZIONE SIERO

(INSERIMENTO LISTA D'ATTESA REGIONALE PUGLIESE PER TRAPIANTO DI RENE)

GENERALITA' PAZIENTE	CODICE FISCALE	RESIDENZA	FIRMA

MEDICO RESPONSABILE:_____

TELEFONO:_____**FAX:**_____

DATA:_____ **FIRMA:**_____

MOD 13_04_04