

ALLEGATO

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO IL _____

DIPENDENTE DELLA FONDAZIONE ONLUS MONS. A. MAZZALI

Chiede di eseguire, con spesa a proprio carico, gli esami di laboratorio con le modalità di seguito indicate:

PACCHETTO BASE

1. Emocromo completo con FL e conta PLTS
2. Sodio
3. Potassio
4. Cloro
5. Ferro
6. Glicemia
7. Azotemia
8. Creatininemia (con calcolo e GFR se applicabile per età)
9. AST/GOT
10. ALT/GPT
11. Gamma GT
12. Trigliceridi
13. Colesterolo totale
14. Colesterolo HDL
15. Colesterolo LDL
16. Esame urine

PACCHETTO ESTESO

1. Emocromo completo con FL e conta PLTS
2. Sodio
3. Potassio
4. Cloro
5. Ferro
6. Glicemia
7. Azotemia
8. Creatininemia (con calcolo e GFR se applicabile per età)
9. AST/GOT
10. ALT/GPT
11. Gamma GT
12. Bilirubina totale reflex
13. Triglicerid
14. Colesterolo totale
15. Colesterolo HDL
16. Colesterolo LDL
17. Acido urico
18. Proteina C reattiva ultrasensibile
19. Omocisteina
20. Emoglobina glicata
21. Esame urine

**DONNA – INFERIORE A 50 ANNI DI
ETA'**

1. Emocromo completo con FL e conta PLTS
2. Sodio
3. Potassio
4. Cloro
5. Ferro
6. Calcio
7. Glicemia
8. Azotemia
9. Creatininemia (con calcolo e GFR se applicabile per età)
10. AST/GOT
11. ALT/GPT
12. Gamma GT
13. Trigliceridi
14. Colesterolo totale
15. Colesterolo HDL
16. Colesterolo LDL
17. Ferritina
18. Proteina C-reattiva
19. TSH reflex
20. Esame urine

**DONNA – ETA' SUPERIORE A 50 ANNI
DI ETA'**

1. Emocromo completo con FL e conta PLTS
2. Sodio
3. Potassio
4. Cloro
5. Ferro
6. Calcio
7. Glicemia
8. Azotemia
9. Creatininemia (con calcolo e GFR se applicabile per età)
10. AST/GOT
11. ALT/GPT
12. Gamma GT
13. Trigliceridi
14. Colesterolo totale
15. Colesterolo HDL
16. Colesterolo LDL
17. Elettroforesi sieroproteine
18. TSH reflex
19. Vitamina D
20. Folati
21. Omocisteina
22. SOF
23. Esame urine

UOMO – ETA' SUPERIORE A 50 ANNI DI ETA'

1. Emocromo completo con FL e conta PLTS
2. Sodio
3. Potassio
4. Cloro
5. Ferro
6. Calcio
7. Glicemia
8. Azotemia
9. Creatininemia (con calcolo e GFR se applicabile per età)
10. AST/GOT
11. ALT/GPT
12. Gamma GT
13. Trigliceridi
14. Colesterolo totale
15. Colesterolo HDL
16. Colesterolo LDL
17. Elettroforesi sieroproteine
18. TSH reflex
19. Omocisteina
20. PSA reflex
21. SOF
22. Vitamina D
23. Esame urine

DATA _____	FIRMA DEL DIPENDENTE _____
-------------------	--------------------------------------