

**SCHEDA DI ISCRIZIONE****Anno 2012****PRN n°**

Ente (A.O.):

Presidio Osp.ro:

Laboratorio:

Via:

CAP:

CITTA':

ITALIA

Tel.:

Fax:

Referente del servizio:

e-mail:

Direttore del Laboratorio:

e-mail:

Sottoscrivere i parametri da sottoporre a verifica EQA. La registrazione **obbliga** il sottoscrittore a partecipare a tutti gli esercizi del servizio annuale. Facoltativi solo gli esercizi "Pilota".

<b>Parametri di Coagulazione Plasmatica Livello 1</b> <b>Codice: EQA 14A</b>	<b>Parametri di Coagulazione Plasmatica Livello 2</b> <b>Codice: EQA 14B</b>
<p><i>Tempo di protrombina per il monitoraggio della terapia anticoagulante orale (INR):</i></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Tempo di protrombina (PT) su plasma</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Tempo di protrombina (PT) su sangue capillare</p> <p><i>Tempo di protrombina per screening (scopo diagnostico):</i></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Tempo di protrombina (PT)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Tempo di tromboplastina parziale attivato (APTT)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Tempo di trombina (TT)</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Controllo del dosaggio terapeutico di eparina mediante APTT (HDA)</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Eparinemia quantitativa (HA)</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Fibrinogeno PT-derivato</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Fibrinogeno con metodo di Clauss o metodo di Clauss modificato</p> <p>10 <input type="checkbox"/> D-Dimero/FDP (frammenti di degradazione fibrinogeno/fibrina)</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Ricerca anticoagulante Lupus Like (LA)</p>	<p>12 <input type="checkbox"/> Dosaggio del fattore II</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Dosaggio del fattore V</p> <p>14 <input type="checkbox"/> Dosaggio del fattore VII</p> <p>15 <input type="checkbox"/> Dosaggio del fattore VIIIc</p> <p>16 <input type="checkbox"/> Dosaggio del fattore IXc</p> <p>17 <input type="checkbox"/> Dosaggio del fattore X</p> <p>18 <input type="checkbox"/> Dosaggio del fattore XI</p> <p>19 <input type="checkbox"/> Dosaggio del fattore XII</p> <p>20 <input type="checkbox"/> Fattore XIII (screening per il deficit)</p> <p>21 <input type="checkbox"/> Ricerca e dosaggio dell'inibitore del fattore VIIIc</p> <p>22 <input type="checkbox"/> Fattore di Von Willebrand (antigene)</p> <p>23 <input type="checkbox"/> Fattore di Von Willebrand (attività di cofattore della ristocetina)</p> <p>24 <input type="checkbox"/> Fattore di Von Willebrand (attività di legame con il collagene)</p> <p>25 <input type="checkbox"/> Antitrombina (antigene)</p> <p>26 <input type="checkbox"/> Antitrombina (attività)</p> <p>27 <input type="checkbox"/> Proteina C (antigene)</p> <p>28 <input type="checkbox"/> Proteina C (attività)</p> <p>29 <input type="checkbox"/> Proteina S (antigene totale)</p> <p>30 <input type="checkbox"/> Proteina S (antigene libero)</p> <p>31 <input type="checkbox"/> Proteina S (attività anticoagulante)</p> <p>32 <input type="checkbox"/> Plasminogeno</p> <p>33 <input type="checkbox"/> Test di resistenza alla proteina C attivata (APCR)</p>

La informiamo che i suoi dati personali raccolti in conseguenza dei nostri rapporti contrattuali, saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, esclusivamente ai fini dell'esecuzione dei servizi UK NEQAS. In relazione al trattamento dei dati personali, le saranno riconosciuti i diritti di cui all'art.7 e 13 del decreto legislativo N.196 del 30.06.03.

Data:..... Timbro e firme: .....

Pregasi ritornare la scheda di iscrizione a: EURO FLOW S.r.l. – Piazza Tranquillo Zerbi, 3 – 21047 SARONNO VA  
Tel: 02 96705425 Fax: 02 96705209 e-mail: [customer.service@euroflow.it](mailto:customer.service@euroflow.it)