



## Nomenclatore Tariffario

Stimolazione linfocitaria	150,50
TB GOLD PLUS	
TB2:Stim.linfociti T CD4 CD8	
rApi m10 Apis mellifera	26,50
rHev b1 Hevea brasiliens-LATEX	26,50
rHev b3 Hevea brasiliens-LATEX	26,50
rPol d5 Eur.Polist.domin.	26,50
rPru p 4 Profilin, Peach	
w233 nArt V3 LTP Mugwort	26,50
A.A. c-ANCA (PR3)	30,50
A.A. p-ANCA (MPO)	30,50
A.A. ASCA IGA	23,50
A.A. ASCA IGG	23,50
A.A. BETA 2 GLICOPROT. IgG/IgM	20,50
A.A. CARDIOLIPINA IgA	30,50
A.A. CARDIOLIPINA IgG/IgM	67,20
A.A. CELLULA INSULARE (ICA)	33,90
A.A. CELLULA PARIETALE (APCA)	30,50
A.A. CENTROMERO (ACA)	26,50
A.A. CITRULLINA	40,50
A.A. COLON	30,50
A.A. CUTE (ASA)	30,50
A.A. DESMOGLEINA-1	46,40
A.A. DESMOGLEINA-3	
A.A. DNA nativo (nDNA)	30,50
A.A. ENDOMISIO IgA (EMA)	30,50
A.A. ENDOMISIO IgG (EMA)	30,50
A.A. ENDOTELIO	26,50
A.A. GLIADINA DEAMIDATA IgA	36,50
A.A. GLIADINA DEAMIDATA IgG	36,50
A.A. IA2	45,50
* A.A. INSULINA (IAA)	12,07
A.A. INTERFERON BETA	50,50
A.A. LKM	30,50
A.A. MuSK	180,50
A.A. MAG	30,50
A.A. MEMBRANA CITOPLOSMATICA	27,50
A.A. MITOCONDRIO (AMA)	30,50
A.A. MUSCOLO LISCI (ASMA)	30,50
A.A. MUSCOLO STRIATO	26,50
A.A. NEOSPORA CANINUM IGM	26,50
A.A. NUCLEO (ANA)	27,50

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:** A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".  
B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.  
C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
A.A. NUCLEOLO	25,50	
A.A. OVAIO	32,50	
* A.A. PEROSSIDASI TIROIDEA(TPO)	11,30	
A.A. RECETTORE FOSFOLIPASI A2		
A.A. RETICOLINA	30,50	
A.A. RNA	26,50	
A.A. SCL-70	30,50	
A.A. SPERMATOZOO (L.seminale)	40,50	
A.A. SPERMATOZOO (Sangue)	50,50	
A.A. TESTICOLO	30,50	
A.A. TETANO IgG	30,50	
* A.A. TIROIDE (MICROSOMIALI)	11,30	
* A.A. TIROIDE (TIROGLOBULINA)	12,57	
A.A. TITINA	58,50	
A.A. TRANSGLUTAMINASI (tTg)IgG	30,50	
A.A. TRANSGLUTAMINASI (tTG)IgA	30,50	
A.A. U1RNP	18,50	
A.A. 21 IDROSSILASI		
A.A.BETA 2 GLICOP.IgG/IgA/IgM	70,50	
A.A.BETA 2 GLICOP.IgG/IgM	26,50	
A.A.BETA 2 GLICOPROTEINA IgA	26,50	
A.A.CARDIOLIPINA IgG/IgM/IgA	65,50	
A.A.FOSFOLIPIDI	158,50	
A.A.GAD(GLUTAMIC AC.DECARBOX.)	45,50	
A.A.MEMBRANA BASASLE GLOMERULO	28,50	
A.A.PIASTRINE T.IND/SCREENING	54,20	
A.A.VIRUS: CHIKUNG.IgG e IgM	56,40	
Ab IgG SARS COV-2 SPIKE S1 RBD		
Anti - HEV IgG	41,40	
Anti HEV IgM	40,50	
Anticorpi anti SARS-CoV-2 IgM		
AC. ANTI ECHINOCOCCO IgA	22,50	
AC. ANTI ECHINOCOCCO IgG	22,50	
AC. ANTI ECHINOCOCCO IgM	22,50	
AC. ANTI VIRUS WEST NILE IgG		
AC. ANTI VIRUS WEST NILE IgM		
AC. BILIARI	26,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
AC. BILIARI 1H DOPO PASTO	26,50	
* AC. FOLICO (FOLATI)	6,36	
AC. T.T. MUCONICO URINARIO	30,80	
AC. VALPROICO	22,50	
AC. VANILMANDELICO URINARIO	29,00	
AC. VIRUS ZIKA IgM IFA	65,50	
AC. 5-OH INDOLACETICO (5HIAA)	25,80	
AC.CITRICO URINARIO-CITRATURIA	30,50	
AC.IPPUR.+AC.METILIP(in.turno)	25,50	
AC.IPPUR./AC.METILIP.(FINE T.)	25,50	
AC.IPPURICO UR. (FINE TURNO)	20,80	
AC.IPPURICO UR. (INIZIO TURNO)	20,80	
AC.MAND.E FENILGL.URIN.(somma)	20,50	
AC.METILIPPUR. UR.(FINE TURNO)	20,80	
AC.METILIPPUR. UR.(INIZ.TURNO)	20,80	
AC.METILIPPURICO URINARIO	20,50	
AC.TRICLOROACETICO UR. (TCA)	18,58	
AC.VANILMANDEL. E OMOVANILLICO	28,80	
AC.VIRUS ZIKA IgG IFA	65,50	
ACARI, DERM.MICROCERAS D3		
ACARI, TYROPHAGUS P.-D72		
ACARI, LEPID.DESTR.-D71		
ACE (ANGIOTENSIN CONV. ENZYME)	30,50	
ACIDI GRASSI A CATENA LUNGA	99,50	
ACIDO OMOGENTISICO	140,50	
ACIDO OMOVANILLICO	28,50	
ACQUAPORINA 4 ANTICORPI - IgG	140,50	
ACTH CURVA DA STIMOLO	100,50	
ADENOVIRUS ANTICORPI IgA	15,20	
ADENOVIRUS ANTICORPI IgG	15,20	
ADENOVIRUS ANTICORPI IgM	15,20	
ADIPONECTINA	86,60	
AG CL. DIFFICILE+TOSSINE A+B	41,50	
* AGGLUTININE DA FREDDO	8,03	
AGOASPIRATO SENO DESTRO	28,50	
AGOASPIRATO SENO SINISTRO	28,50	
ALA URINARIO	20,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
ALA(AC.AMINOLEVULINICO)URIN.	21,16	
ALBERI, ACACIA LONGIFOLLA-T19		
ALBERI, NOCCIOLO-T4		
ALBERI, ONTANO BIANCO-T2		
ALBUMINA LIQUOR	8,50	
ALBUMINA SIERICA	8,50	
ALBUMINA URINARIA	8,50	
ALCOL,ABUSO CRON(CAT.CUSTODIA)	35,50	
ALCOLEMIA (Etanolo Quantitat.)	15,50	
ALCOLEMIA con catena custodia	15,50	
ALCOOL, Abuso cronico (CDT)	35,50	
* ALDOLASI	1,95	
* ALDOSTERONE A RIPOSO	17,11	
* ALDOSTERONE DOPO MOTO	17,11	
* ALDOSTERONE URINARIO	17,11	
ALFA 1 ANTITRIPSINA	16,50	
ALFA 1 MICROGLOBULINA URINARIA	30,50	
ALFA 1GLICOPROTEINA ACIDA(A1G)	18,50	
ALFA 2 MACROGLOBULINA	16,50	
* ALFA-FETOPROTEINA SIERICA	7,40	
ALFAFETOPROTEINA L. AMNIOTICO	35,50	
ALLUMINIO PLASMATICO		
AMA MEDICINA DEL LAVORO		
AMEBA, ANTICORPI	28,50	
* AMILASEMIA	1,84	
AMILASI ISOENZIMA PANCREATICO	20,50	
* AMILASI URINARIA	1,84	
AMINOACIDI SIERICI	350,50	
AMIODARONE	75,50	
* AMMONIO PLASMATICO	6,36	
AMMONIO URINARIO	18,50	
ANALISI URGENTI	16,00	
ANDROSTENEDILOLO 3 ALFA	33,50	
* ANDROSTENEDIONE DELTA 4	12,97	
ANFETAMINE URINARIE RICERCA	22,50	
ANGIOTENSINA II	90,50	
ANISAKIS IgG (Anticorpi)	60,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

Report prodotto da URANIA, (C) Medusa Software - Roma, Informatica per la Sanità

Aggiornato al 15/07/2021

Pag. 4

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
ANTI DNA Singola Elica (S-Dna)	40,50	
ANTI DNASI B Abs	19,20	
ANTI PROTROMBINA IgA	25,50	
ANTI PROTROMBINA IgA/IgG/IgM	60,70	
ANTI PROTROMBINA IgG/IgM	46,90	
ANTIBIOGRAMMA	15,50	
ANTIBIOGRAMMA	15,50	
ANTIBIOGRAMMA MIC	13,00	
ANTICOR.ANTI CANALE DEL CALCIO	200,50	
ANTICORPI A.CUORE	30,50	
ANTICORPI A.SPERMAT.MUCO CERV	40,50	
ANTICORPI A.SURRENE	30,50	
ANTICORPI ANTI CANDIDA (IgA)		
ANTICORPI ANTI CANDIDA (IgG)		
ANTICORPI ANTI CANDIDA (IGM)		
ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	30,50	
ANTICORPI ANTI HSP-70(OTOBLOT)	90,50	
ANTICORPI ANTI ISTONI	60,70	
ANTICORPI ANTI MIELINA	32,50	
ANTICORPI ANTI NMDA(RECETTORE)	180,90	
ANTICORPI ANTI SARS-CoV-2 IGG	22,50	
ANTICORPI ANTI SARS-CoV-2 IGM		
ANTICORPI ANTI Zn T8	130,50	
ANTICORPI ANTIPROTROMBINA	45,50	
ANTIGENI ONCONEURONALI Abs	161,80	
ANTIMICOGRAMMA	50,50	
ANTITROMBINA III (ATIII)	14,50	
APO A1 (MUTAZIONE)	96,50	
APO B (MUTAZIONE R3500Q)	96,50	
APOLIPOPROTEINA A (APO A)	16,50	
APOLIPOPROTEINA B (APO B)	16,50	
APOLIPOPROTEINA E	16,50	
APTOGLOBINA	14,50	
APTT	14,50	
APTT	14,50	
ARRAY CGH GENOM. 180K POSTNAT.	800,50	
ARRAY CGH GENOMICO 1MB	500,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

- A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".
- B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.
- C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



# BIOS PREVENTION

BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
ARRAY TARGETED (KARYOLITE)	270,50	
ARRAY TARGETED (PRENATAL BOBS)	170,50	
ARSENICO	40,50	
ASCARIS Abs	32,80	
ASPERG.FUMIG. IgG specifiche	23,10	
ASPERGILLOSI AG.(GALATTOMAN.)	36,00	
* AZOTEMIA (UREA SIERICA)	1,13	
AZOTO UREICO (BUN)	7,00	
BAP TEST (BARRIERA ANTIOSSID.)	30,90	
BARBITURICI (FENOBARBITAL)	22,50	
BARBITURICI URINARI	26,50	
BARTONELLA HENSELAE AbsIgG+Igm	65,00	
BARTONELLA HENSELAE IgG	41,40	
BARTONELLA HENSELAE IgM	40,50	
BARTONELLA QUINTANA abs - IgM	25,50	
BARTONELLA QUINTANA Abs - IgG		
BENZODIAZEPINE URINAR., RICERCA	26,50	
BETA CAROTENE	25,50	
BETA FIBRINOGENO (FGB)	85,50	
* BETA HCG SIERICA	9,98	
* BETA HCG URINARIO	9,98	
BETA 2 MICROGLOBULINA SIERICA	32,50	
BETA 2 MICROGLOBULINA URINARIA	32,50	
BETA-TALASSEMIA su SANGUE	220,50	
BI-TEST (o DUO-Test)	70,50	
BICARBONATI SIERICI	11,20	
* BILIRUBINA TOTALE	1,13	
* BILIRUBINEMIA TOT.E FRAZIONATA	1,41	
BIOPSIA VAG.PER ES.ISTOLOGICO	70,50	
BORDETELLA PERT.(PERTOSSE) IgA	24,20	
BORDETELLA PERT.(PERTOSSE) IgG	22,50	
BORDETELLA PERT.(PERTOSSE) IgM	22,50	
BORRELIA BURGDOF. Ab IgG+IgM	30,50	
BORRELIA BURGDOFERI (DNA)	74,55	
BORRELIA IgG Test di conferma	66,00	
BORRELIA IgM Test di conferma		
BP180 ANTICORPI	46,80	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

Report prodotto da URANIA, (C) Medusa Software - Roma, Informatica per la Sanità

Aggiornato al 15/07/2021

Pag. 6

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
BP230 ANTICORPI	46,80	
BRCA1 ANALISI MUTAZIONE GENE	421,00	
BRCA2 ANALISI MUTAZIONE GENE	421,00	
BRCA2 SINGOLA MUTAZIONE	100,70	
BREATH T.LATTULOSIO TRANSITO		
BREATH TEST GLUCOSIO	110,50	
BREATH TEST LATTULOSIO	110,50	
* BRUCELLA, Anticorpi (WRIGHT)	3,31	
BTA (BLADDER TUMOR ANTIGEN)	45,50	
* CA 125	12,98	
* CA 15-3	12,66	
* CA 19-9 (GICA)	11,49	
* CA 50	14,47	
CA 72-4 (TAG 72)	32,50	
CADMIO	25,50	
CADMIO URINARIO	25,50	
CALCIO IONIZZATO SIERICO	20,50	
* CALCIO SIERICO (CALCEMIA)	1,13	
* CALCIO URINARIO	1,13	
* CALCITONINA (CT)	14,41	
CALCOLI BILIARI	22,50	
* CALCOLI URINARI	4,62	
CALPROTECTINA	70,50	
CANDIDA ALBICANS (DNA)	130,50	
CANNABINOIDI URINARI, RICERCA	22,50	
CAPACITA' FERRO LEGANTE (TIBC)	22,50	
CARBAMAZEPINA SIERICA	22,50	
CARBOSSIEMOGLOBINA (COHB)	16,50	
CARIOT.SANG.PER. 50 MET COPPIA		
CARIOTIPO DA S.P. (COPPIA)	101,50	
CARIOTIPO PRELIEVO		
CARIOTIPO SANGUE PERIF. 50 MET	160,50	
CARIOTIPO SANGUE PERIFERICO	135,50	
CARIOTIPO SANGUE PERIFERICO	135,50	
CARNITINA TOTALE E LIBERA	81,00	
CATECOLAMINE PLASMATICHE	48,50	
CATECOLAMINE UR. FRAZIONATE	45,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
<i>CATECOLAMINE UR.FRAZ.+DOPAMINA</i>		
* CEA	7,41	
* CELLULE NK	60,85	
CERULOPLASMINA	16,00	
CHIMOTRIPSINA FECALE	25,50	
CHLAMYDIA PNEUMONIAE Ab, IgA	25,50	
CHLAMYDIA PNEUMONIAE Ab, IgG	25,50	
CHLAMYDIA PNEUMONIAE Ab, IgM	25,50	
CHLAMYDIA PSITTACI Ab, IgG	25,50	
CHLAMYDIA PSITTACI ANTIC.IGM	25,50	
CHLAMYDIA TRAC.URETRALE	35,50	
CHLAMYDIA TRACH.ANTICORPI IGM	20,50	
CHLAMYDIA TRACHOM. CERVICALE	35,50	
CHLAMYDIA TRACHOMATIS (PCR)	50,50	
CHLAMYDIA TRACHOMATIS Ab, IgA	20,50	
CHLAMYDIA TRACHOMATIS Ab, IgG	20,50	
CHLAMYDIA TRACHOMATIS URINA	35,50	
CICLOSPORINA A EMATICA	33,50	
CICLOSPORINA A, CURVA	33,50	
CISTATINA C	40,50	
CISTICERCOSI ANTICORPI	50,50	
CISTINA SIERICA	95,50	
CISTINA URINARIA	95,50	
CITOLOGIA ANALE (PAP-TEST)	28,20	
CITOLOGIA NASALE	28,20	
CITOLOGICO, ESAME	18,50	
CITOLOGICO, ESAME(4-8 STRISCI)		
CITOMEGA.AVIDITY IgG (urgenza)	36,00	
CITOMEGALOVIRUS Ab, IgG	16,50	
CITOMEGALOVIRUS Ab, IgM	16,50	
CITRATO SIERICO	56,20	
* CK-MB	4,17	
CK-MB (MASSA)	26,50	
CLEARANCE DEGLI URATI	11,50	
CLEARANCE DEI FOSFATI	11,50	
CLONAZEPAM	60,50	
* CLORO SIERICO (CLOREMIA)	1,13	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.





## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
* CLORO URINARIO (CLORURIA)	1,13	
CLOZAPINA DESMETHYL-CLOZAPINA	80,50	
CMV IGM, TEST DI CONFERMA	76,40	
COBALTO	24,20	
COBALTO URINARIO	24,20	
COCAINA URINARIA, RICERCA	20,50	
COENZIMA Q10	105,90	
* COL.FECI E.COLI ENTEROPATOGENI	2,53	
COLESTEROLO HDL	12,50	
COLESTEROLO LDL	6,50	
* COLESTEROLO TOTALE	1,04	
COLESTEROLO VLDL	11,50	
COLINESTERASI	8,50	
COLINESTERASI ERITROCITARIA	22,50	
COLT. B.-PREPUZIO GARDNERELLA	22,80	
COLT. B.-PREPUZIO GONOCOCCO	22,80	
* COLT. ESPETTORATO + SAGGI	7,46	
* COLT. ESSUD. FARINGEO	7,48	
* COLT. ESSUD. FARINGEO + SAGGI	7,48	
* COLT. ESSUD. FARINGEO + SAGGI	7,48	
* COLT. ESSUDATO NASALE + SAGGI	7,48	
* COLT. FECI + SAGGI	12,01	
COLT. GENERICO B. ANAEROBI	17,50	
* COLT. LIQ. SEMINALE + SAGGI	7,46	
* COLT. SANGUE + SAGGI	26,44	
* COLT. SECR. AURICOLARE + SAGGI	7,46	
* COLT. SECR. CERVICALE + SAGGI	7,48	
* COLT. SECR. PUSTOLA + SAGGI	7,71	
* COLT. SECR. URETRALE + SAGGI	7,48	
* COLT. SECR. VAGINALE + SAGGI	7,48	
* COLT. SECR. CONGIUNTIV. + SAGGI	7,46	
* COLT. SECR. CONGIUNTIV. + SAGGI	7,46	
* COLT. SECR. PROSTATICO + SAGGI	8,31	
* COLT. URINE + SAGGI	8,31	
* COLT. URINE + SAGGI	6,47	
COLT. URINE PER GARDNERELLA	22,50	
* COLT. VULVARE	7,48	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
* COLT. VULVARE + SAGGI	7,48	
* COLT.B. - PREPUZIALE	15,80	
COLT.B. - PREPUZIO MICOPLASMI	42,80	
COLT.B. - PREPUZIO TRICHOMONAS	15,80	
COLT.CERVICALE PER GARDNERELLA	22,50	
* COLT.CERVICALE PER GONOCOCCO	3,85	
COLT.ESAME	17,00	
COLT.FARINGEO PER MENINGOCOCCO	25,50	
* COLT.PROSTATICA PER GONOCOCCO	3,85	
COLT.PROSTATICA PER MICOPLASMI	42,50	
COLT.PROSTATICA, GARDNERELLA	22,50	
* COLT.PROSTATICA, TRICHOMONAS		
* COLT.SEMINALE PER GARDNERELLA	22,50	
* COLT.SEMINALE PER GONOCOCCO	3,85	
COLT.SEMINALE PER TRICHOMONAS	15,50	
COLT.URETRALE PER GARDNERELLA	22,50	
* COLT.URETRALE PER GONOCOCCO	3,85	
COLT.URETRALE PER TRICHOMONAS	15,50	
COLT.URINE PER MICOPLASMI	42,50	
COLT.URINE PER TRICHOMONAS	15,50	
COLT.VAGINALE PER GARDNERELLA	22,50	
COLT.VAGINALE PER TRICHOMONAS	15,50	
COLTURA CERV. PER MYCOPLASMA	42,50	
* COLTURA ESPETTORATO	7,46	
* COLTURA ESPETTORATO (2°CAMP.)	7,46	
COLTURA ESPETTORATO PER BK	30,50	
* COLTURA ESSUDATO NASALE	7,48	
* COLTURA FECI (COPROCOLTURA)	12,01	
* COLTURA FECI PER SALMONELLA	12,01	
* COLTURA FECI PER YERSINIA	2,53	
COLTURA LIQ. SEMINALE PER BK	30,50	
* COLTURA LIQUIDO SEMINALE	7,46	
COLTURA PER BK	26,32	
COLTURA PER LISTERIA	22,50	
COLTURA PER TRICHOMONAS	15,99	
* COLTURA SANGUE (EMOCOLTURA)	26,44	
* COLTURA SEC. CONGIUNTIVALE 2°C.	7,46	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
* COLTURA SECRETO AURICOLARE	7,46	
* COLTURA SECRETO CERVICALE	7,48	
* COLTURA SECRETO CONGIUNTIVALE	7,46	
* COLTURA SECRETO PROSTATICO	8,31	
* COLTURA SECRETO PUSTOLA	7,46	
* COLTURA SECRETO URETRALE	7,48	
* COLTURA SECRETO VAGINALE	7,48	
COLTURA SEMINAL.PER MYCOPLASMA	42,50	
COLTURA URETR.PER MYCOPLASMA	42,50	
* COLTURA URINE	8,31	
COLTURA URINE (3°GETTO)	13,41	
COLTURA URINE PER BK	30,50	
* COLTURALE, ESAME	7,46	
COMPLEMENTEMIA TOTALE (CH 50)	40,50	
COMPLEMENTO C3 PROATTIVATORE	18,80	
COMPLEMENTO C5	29,50	
CONFERMA DROGHE GAS-MASSA		
CONTA DI ADDIS	10,20	
CONTROLLO DI QUALITA'		
CONTROLLO QUALITA' NORMALE		
* COOMBS DIRETTO, TEST	6,87	
* COOMBS INDIRETTO, TEST	8,37	
* COOMBS INDIRETTO: TITOLO	26,50	
CORTICOSTERONE	68,90	
* CORTICOTROPINA (ACTH)	18,50	
* CORTICOTROPINA (ACTH) PROFILO	18,50	
* CORTISOLO	7,79	
CORTISOLO LIBERO URINARIO	35,50	
* CORTISOLO LIBERO URINARIO	7,79	
* CORTISOLO RITMO CIRCADIANO	7,79	
CORTISOLO SALIVARE	35,50	
COTININA URINARIA	40,50	
COXACKIE VIRUS A-IgA	35,50	
COXACKIE VIRUS A-IgG	35,50	
COXACKIE VIRUS A-IgM	35,50	
COXIELLA BURNETII FASE I IgA	50,50	
COXIELLA BURNETII FASE I IgG	35,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
COXIELLA BURNETII FASE I IgM	35,50	
COXSACKIE VIRUS A Ig TOTALI	30,70	
COXSACKIE VIRUS TIPO B1-IgG	19,50	
COXSACKIE VIRUS TIPO B1-IgM	19,50	
COXSACKIE(B1-2-3-4-5-6), Ab Mix	25,50	
CPK CREATINFOSFOCHINASI	10,83	
CREATININA CLEARANCE	15,99	
* CREATININA URINARIA	1,13	
* CREATININEMIA	1,13	
* CREATININURIA	1,13	
CRIOFIBRINOGENO	16,70	
CRIOGLOBULINE RICERCA	7,50	
CROMO	32,50	
CROMO URINARIO	30,50	
CROMOGRANINA A	60,50	
CROSS LAPS SIERICI (CTX)	40,50	
CROSSLINKS URINARI	60,50	
CUPREMIA (RAME SIERICO)	12,50	
CUPRURIA (RAME URINARIO)	12,50	
CYFRA 21-1	32,50	
CYP2C9, RICERCA MUTAZIONI	320,50	
CYTOMEGALOVIRUS (PCR)QUALITAT.	85,50	
CYTOMEGALOVIRUS (PCR)QUANTITAT	125,50	
CYTOMEGALOVIRUS Ab,IgM BLOT	100,50	
CYTOMEGALOVIRUS AVIDITY, IgG	20,50	
C1 INIBITORE	16,50	
C1 INIBITORE	16,50	
C1Q COMPLEMENTO	17,40	
C3, Complemento	12,50	
C4, Complemento	12,50	
D-DIMERO (Dimer test).....	25,50	
Der p23 Dermat. pteronys.	26,50	
DAO TEST (DIAMINOSSIDASI)	72,70	
* DELEZIONE CROMOSOMA Y	110,50	
* DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	12,97	
* DENGUE VIRUS Ab IgG		
* DENGUE VIRUS IgM		

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
DERMAT.FARINAE IgG specifiche		
DERMAT.PTHERON. IgG specifiche		
DETERMINAZIONE SESSO GENETICO	103,79	
DHEA DEHYDROEPIANDROSTERONE	26,50	
* DHEA-S (DHEA-SULFATE)	15,55	
* DHEA-S (DHEA-SULFATE)	15,55	
* DIAGN. CROMOS. DA S.P.(COPPIA)	100,50	
DIBUCAINA, Numero	16,50	
DIFTERITE ABS	60,50	
* DIGOSSINA	9,99	
* DIHYDROTESTOSTERONE	20,59	
* DIHYDROTESTOSTERONE	20,59	
DISBIOSI TEST	50,50	
DIST.MUSCOLARE DUCHENNE-BECKER	150,50	
DITTA TERNA		
DOPAMINA PLASMATICA	29,20	
DROGHE SCREENING (Sovv.Sanit.)	40,50	
DROGHE: METADONE RICERCA	18,50	
DROGHE: SCREENING (7DROGHE)	56,50	
DROGHE: SCREENING (8DROGHE)	75,50	
D202 nDer p1 Dermat.pteronys.	26,50	
D203 rDer p2 Dermat.pteronys	26,50	
D205 rDer p10 Dermat.pteronys.	26,50	
* E M O G R A M M A	3,17	
EBV (PCR) QUALITATIVO	86,40	
EBV (PCR) QUANTITATIVO	126,40	
EBV EBNA IgG	30,50	
EBV IgG TEST DI CONFERMA	75,50	
EBV IgG TEST DI CONFERMA		
ECHO VIRUS PNEUMOTROPI IgA	20,50	
ECHO-VIRUS PNEUMOTROPI IgG	20,50	
ECHO-VIRUS PNEUMOTROPI MIX, Ab	26,40	
ECSTASI URINARIA(MDMA),Ricerca	18,50	
ECTOPARASSITOLOGIA		
ELASTASI 1 PANCREATICA	53,50	
ELETTROFORESI PROTEINURIA	26,50	
* EMATOCRITO	0,69	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
* EMOCROMATOSI SU L.A.	181,26	
* EMOCROMATOSI 12 mutazioni	130,50	
* EMOCROMATOSI 18 MUT.(HFE-TFR2)		
EMOCROMATOSI, 3 Mutazioni	130,50	
EMOCROMO con rev. microscopica	20,50	
EMOGLOBINA GLICOSILATA (HbA1c)	18,50	
EMOGLOBINA, VARIANTI	32,50	
EMOGLOBINA: ELETTROFORESI	22,50	
ENA - JO-1	31,49	
ENA - PROFILE ANTICORPI	80,50	
ENA - SCREENING, ANTICORPI	30,50	
ENA - SMITH	30,50	
ENA ANTIGENE SS-A(RO)52kD Abs	30,50	
ENA ANTIGENE SS-B (LA) - ABS	30,50	
ENA SSA (Ro) 60 kD Abs	20,50	
* ENOLASE (NSE)	16,60	
EPARINA ( anti fattore Xa)	35,90	
EPARINA (anti fattore Xa)	45,45	
EPSTEIN BARR V. AB: EARLY	30,50	
EPSTEIN BARR V. AB: VCA	40,50	
EPSTEIN-BARR VCA Ab IgM	20,50	
EPSTEIN-BARR VCA/EA IgG	20,50	
ERITROPOIETINA	26,50	
ES. CHIM.FISICO LIQ.ARTICOLARE	25,50	
ES.CITO-ISTOLOG. ESPETTORATO	52,50	
ES.COLTURALE DERMATOFITI	25,50	
ESAME CITOLOGICO	18,50	
* ESAME CITOLOGICO SUCCESSIVO		
* ESAME IMMUNOISTOCHEMICO	65,50	
ESAME ISTOLOGICO SUCCESSIVO	52,50	
* ESAME MICROSCOPICO	2,31	
* ESPETTORATO ESAME MICROSCOPICO	2,31	
* ESPETTORATO PER BK, ES.MICROS.	2,31	
* ESSUDATO NASALE-ES.MICROSC.	2,31	
* ESTRADIOLO 17-BETA (E2)	9,11	
* ESTRADIOLO 17-BETA (E2)	9,11	
* ESTRIOLO SIERICO IN GRAV.(E3)	6,93	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
* ESTRIOLO SIERICO LIBERO	19,11	
* ESTRIOLO URINARIO IN GRAV.	6,93	
* ESTRONE (E1)	19,11	
* ESTRONE (E1)	14,98	
ETOSUCCIMIDE	22,50	
EVEROLIMUS	53,85	
E227 rEqu c1 (Equus caballus)		
FAG: FATTORE ANTIGLOBULINICO	13,50	
FARMINDUSTRIA		
FASDAC PREVENZIONE DI BASE		
FAT PROFILE	190,50	
FATTORE DI VON WILLEBRAND (AG)	31,40	
FATTORE II (Mutazione G20210A)	125,50	
FATTORE II (PROTROMBINA)	45,50	
FATTORE INTRINSECO ABS	40,50	
FATTORE IX DELLA COAGULAZIONE	41,82	
FATTORE V DELLA COAGULAZIONE	41,82	
FATTORE V H1299R	96,00	
FATTORE V LEIDEN(Mutaz.G1691A)	95,50	
FATTORE V Y1702C	96,00	
FATTORE VII DELLA COAGULAZIONE	40,50	
FATTORE VIII° DELLA COAGULAZ.	45,50	
FATTORE X° DELLA COAGULAZIONE	45,50	
FATTORE XI° DELLA COAGULAZIONE	41,82	
FATTORE XII mutazione C46T	61,15	
FATTORE XII°DELLA COAGULAZIONE	41,82	
FATTORE XIII COAGULAZIONE	61,30	
FATTORE XIII MUTAZIONE (F13A1)	85,50	
FATTORE 5 DI CAMBRIGE	65,50	
FATTORI COAGULATIVI(14 MUTAZ.)	230,50	
FATTORI COAGULATIVI(4 Mutaz.)	220,50	
FEBBRE GIALLA Abs	38,70	
* FECI: ES.PARASSITOLOGICO	23,95	
* FECI: ESAME COMPLETO	6,14	
FECI: HELICOBACTER PYLORI, Ag	55,50	
FECI: RICERCA ANTIGENI GIARDIA	25,50	
* FECI:RICERCA SANGUE OCCULTO	3,52	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
* FENILALANINA	47,00	
FENITOINA	22,50	
FENOLO URINARIO	30,50	
* FERRITINA	6,36	
* FIBRINOGENEMIA	2,67	
FIBROSI CIST.INTERO GENE CFTR	290,00	
FIBROSI CIST.300 MUT.GENITORI	600,50	
FIBROSI CISTICA (34 mutazioni)	151,20	
FIBROSI CISTICA PARTNER		
FIBROSI CISTICA SU GENITORI	220,50	
FIBROSI CISTICA 300 MUTAZIONI	600,50	
FIBROSI CISTICA(Intero gene)**	680,50	
FIBROSI CISTICA(139 mutazioni)	151,20	
FIBROSI CISTICA(152 mutazioni)	159,50	
FILARIASI Anticorpi	60,50	
FISH SU LIQUIDO SEMINALE	212,00	
FLUORO	70,50	
FOSFAT.ALCAL. OSSEA (OSTASE)	30,50	
* FOSFATASI ACIDA TOTALE	1,66	
* FOSFATASI ACIDA-PROSTAT.(PAP)	10,18	
FOSFATASI ALCALINA		
* FOSFATASI ALCALINA	1,04	
FOSFATASI ALCALINA PLACENTARE	71,20	
FOSFOESOMERASI (PHI)	53,30	
FOSFOLIPIDI	17,50	
* FOSFORO SIERICO	1,46	
* FOSFORO URINARIO (FOSFATURIA)	1,46	
FREE-BHCG	11,50	
FRUTTOSAMINA	18,50	
* FSH CURVA DA STIMOLO	39,12	
* FSH E LH CURVA DA STIMOLO	39,12	
FSH R (Recettore del FSHR)	110,50	
* FSH: FOLLICOLOSTIMOLANTE O.	6,21	
* FSH: FOLLICOLOSTIMOLANTE O.	6,21	
FTA AB, IGG	25,50	
FTA, ANTICORPI IgM	25,50	
FUTURE HEALTH (DOPO IL PARTO)	100,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.





BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
FUTURE HEALTH(PRIMA DEL PARTO)	190,50	
F232 d2 Ovalbum.Egg Gallus spp	26,50	
F233 mGa1 d1 Ovomuc.Gallus spp	26,50	
F323 mGa1 d2 ovalb. Gallus spp	26,50	
F351 rPen a1 Penaeus aztecus	26,50	
F352 rAra h8 Peanut,Arach.hyp.	26,50	
F355 rCyp c1 Cyprimus Carpio	26,50	
F416 rTri a 19Triticum spp.	26,50	
F419 rPru p1 Prunis Persica	26,50	
F420 rPru p3 Prunus Persica	26,50	
F422 rAra h 1 Arachis hypogaea	26,50	
F423 rAra h2 Arachis hypogaea	26,50	
F424 rAra h3 Arachis hypogaea	26,50	
F425 Cor a8 Corylus avellana	26,50	
F426 rGad c1 Gadus morhua	26,50	
F427 rAra h9 Peanut,Arach.hyp.	26,50	
F428 rCor a1; PR-10Coryl.avell	26,50	
F430 rAct d8 Kiwi Actin.Delic.	26,50	
F431 nGly m5 Glycine max	26,50	
F432 nGly m6 Glycine max	26,50	
F433 rTri a 14 LTP,WHEAT Peach		
F434 r MAL d1, APPLE	26,50	
F435 r MAL d3, APPLE	26,50	
F439 Cor a 14, Hazel nut	26,50	
F441 Jug r 1 Walnut	26,50	
F442 rJug r3 LTP, Walnut	26,50	
F76 nBOS d4 ALFA LATTOALBUMINA	26,50	
F77 nBOS d5 BETA LATTOGLOBUL.	26,50	
F78 nBOS d8 CASEINA (LATTE)	26,50	
* F98 Gliadina	5,93	
GABAPENTINA		
* GAMMA GLUTAMILTRANSFERASI(YGT)	1,13	
GANGLIOSIDI PROFILO Abs IgG	76,60	
GANGLIOSIDI PROFILO Abs IgM	76,60	
* GASTRINA	14,08	
* GASTRINA POST PRANDIALE	14,08	
GASTRINA 17		

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

Report prodotto da URANIA, (C) Medusa Software - Roma, Informatica per la Sanità

Aggiornato al 15/07/2021

Pag. 17

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



# BIOS PREVENTION

BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
GASTROPANEL	100,50	
GENTAMICINA	40,70	
* GLICEMIA ( 2° PRELIEVO )	1,17	
* GLICEMIA ( BASALE )	1,17	
* GLICEMIA ( BASALE )	1,17	
* GLICEMIA CURVA DA CARICO 6 dos	3,33	
* GLICEMIA DOPO PASTO(POSTPRAN.)	1,17	
* GLICEMIA 1H DOPO 50 G.GLUCOSIO	1,17	
* GLICEMIA: PROFILO ( 3 DOSAGGI )	1,17	
* GLICEMIA:CURVA DA CARICO	2,38	
GLICOSURIA FRAZIONATA	7,00	
* GLICOSURIA, DOSAGGIO	1,17	
* GLOBULI BIANCHI	3,10	
* GLOBULI BIANCHI E FORM.LEUC.	3,91	
GLUCAGONE	20,50	
GLUCAGONE CURVA	76,50	
GLUTATIONE OSSIDATO ERITROCIT.	53,50	
GLUTATIONE PEROSSIDASI	60,60	
GLUTATIONE RIDOTTO	60,40	
GLUTATIONE TOTALE	59,50	
GRAM.PALEO DEI PRATI-G4	20,50	
GRUPPO RH	12,50	
GSTM1	101,10	
G205 rPhl p1 Phleum pratense	26,50	
G206 phl p2 Timothy (ph.prat)	26,50	
G209 rPhl p6 Phleum pratense	26,50	
G210 rPhl p7 Phleum pratense	26,50	
G212 rPhl p12 Phleum pratense	26,50	
G215 rPhl p5b Phleum pratense	26,50	
G6PDH ERITROCITARIO	25,50	
HAEMOPH.INFLUENZAE TIPO B abs	28,00	
HAEMOPHILUS DUCREY (PCR)	130,50	
* HAV AB: IG TOTALI	10,05	
* HAV AB: IGM	12,01	
* HBe Ab	10,01	
* HBCORE AB: IG TOTALI	10,01	
* HBCORE AB: IGM	10,01	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

Report prodotto da URANIA, (C) Medusa Software - Roma, Informatica per la Sanità

Aggiornato al 15/07/2021

Pag. 18

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



# BIOS PREVENTION

BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
* HBE AG: ANTIGENE E	10,01	
* HBS AB:ANTICORPI PER AG SUPERF	10,01	
* HBS AG: ANTIG.SUPERFICIE (AU+)	7,90	
HBV/DNA qualitativo	110,50	
HBV/DNA quantitativo	140,50	
HCV Ab, Test di Conferma(RIBA)	115,50	
* HCV AB - IGG	10,01	
HCV AB: IGM	26,50	
HCV-RNA genotipo	180,50	
HCV/RNA qualitativo	120,50	
HCV/RNA quantitativo	180,50	
* HDV AB: ANTICORPI VIRUS DELTA	21,74	
* HDV IgM	21,74	
* HDV IgM		
HELICOBAC.pylori IgG Blotting	75,50	
HELICOBAC.PYLORI IgA screening	40,50	
HELICOBACTER (BREATH T. Urea)	77,50	
HELICOBACTER (BREATH T. Urea)	77,50	
HELICOBACTER pylori Ab IgG	32,50	
HERPER VIRUS-6 HUMAN(HHV-6)IgM	26,50	
HERPES virus 1+2 (PCR)	130,50	
HERPES GENIT. AB(TIPO II): IGG	16,50	
HERPES LABIA. AB (TIPO1): IGG	16,50	
HERPES SIMP. AB:IGM(TIPO 1+2)	16,50	
HERPES TIPO 1 (STRIS.VAG.) *	30,50	
HERPES TIPO 1 (STRISCIO URET.)	30,50	
HERPES TIPO 1 (SU STRISCIO)	30,50	
HERPES TIPO 2 (STRIS.URET.)	30,50	
HERPES TIPO 2 (STRIS.VAG.) *	30,50	
HERPES TIPO 2 (SU STRISCIO) *	30,50	
HERPES VIRUS 8 DNA	120,50	
HERPES VIRUS-6 HUMAN(HHV-6)IgG	31,20	
HERPES VIRUS-6 HUMAN(HHV-6)IgG	30,50	
HE4	50,50	
HGH (STH) CURVA	120,50	
* HGH (STH) O. SOMATOTROPO PROF.	10,48	
* HGH (STH) O.SOMATOTROPO	10,48	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

Report prodotto da URANIA, (C) Medusa Software - Roma, Informatica per la Sanità

Aggiornato al 15/07/2021

Pag. 19

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
* HHV6 (PCR)- HERPES VIRUS 6	86,60	
HIV ( 1+2 ) Ab / p 24 Ag	42,50	
HIV (1+2) Ab Test di Conferma	130,50	
HIV/RNA qualitativo	120,50	
HIV/RNA quantitativo	195,50	
HLA - DIABETE	115,50	
HLA - II CLASSE (DR, DQ)	200,50	
HLA I Classe, locus A	120,50	
HLA I Classe, locus A,B,C	330,50	
HLA I Classe, locus B	120,50	
HLA I Classe, locus C	120,50	
HLA II Classe, locus DQ	120,50	
HLA II Classe, locus DR	120,50	
HLA LOCUS B51	100,50	
HLA-B27	60,50	
HLA-B35	60,50	
HLA-G (ANALISI DEI POLIMOR.)	140,50	
HLA-MORBO CELIACO	120,50	
* HPL (O.Lattogeno Placentare)	19,01	
HPV - mRNA	131,00	
HPV SCREENING + GENOTIPO	170,50	
* HTG TIREOGLOBULINA UMANA	13,34	
HTLV 1/2, Anticorpi	60,50	
IgF-BP3	44,50	
Interpretazione dei risultati		
Interpretazione dei risultati		
IDENT.BATTERICA MALDI-TOF		
IDENT.BIOC.MICETI LIEVITIFORMI	15,50	
IDENTIFIC.MICETI FILAMENTOSI		
IDROSSIPROLINA (OHP) URINE	26,50	
IGA SALIVARI	26,50	
IGE SPECIFICHE (RAST)		
* IGE TOTALI ( PRIST )	7,77	
IMM.C LIBERE KAPPA (FREE) URIN	40,50	
IMM.C LIBERE LAMBDA(FREE) URIN	40,50	
IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	30,50	
IMMUNOFISSAZIONE SIERICA (IF)	63,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
IMMUNOFISSAZIONE URINARIA (IF)	75,50	
IMMUNOG. C. LIBERE KAPPA(FREE)	40,50	
IMMUNOG.C.LIBERE LAMBDA (FREE)	40,50	
IMMUNOGLOBULINE A (IGA)	16,50	
IMMUNOGLOBULINE D (IgD)	16,50	
IMMUNOGLOBULINE G (IGG)	16,50	
IMMUNOGLOBULINE G -SOTTOCLASSI	70,50	
IMMUNOGLOBULINE M (IGM)	16,50	
IMMUNOGLOBULINE SIERO:C.KAPPA	20,50	
IMMUNOGLOBULINE SIERO:C.LAMBDA	20,50	
IMMUNOGLOBULINE URINE:C.KAPPA	20,50	
IMMUNOGLOBULINE URINE:C.LAMBDA	20,50	
INDICE HOMA	35,50	
INDICE ROMA	80,50	
INFERM. INCANUL.VENA+SOMM.FARM.	135,50	
INFERMIERA INCANULAMENTO VENA	35,50	
INFLUENZA A (Ab)	20,50	
INFLUENZA B Abs	39,40	
INIBINA B	50,50	
* INSULINA	8,75	
* INSULINA CURVA DOPO GLUCOSIO	27,82	
* INSULINA DOPO PASTO	8,75	
* INSULINA PROFILO GIOR.	8,75	
INT.LATTOSIO POLIMORFISMI LTC	92,50	
INTERFERONE 1 ABS	75,50	
INTERLEUCHINA 1 BETA	150,50	
INTERLEUCHINA 2	150,50	
INTERLEUCHINA 28B GENOTIPO	160,50	
INTERLEUCHINA 6	181,40	
INTOLLERANZA AL NICHEL	55,90	
INTOLLERANZA ALIMENT. 216 cibi	300,50	
INTOLLERANZE ALIMENT. 108 cibi	230,50	
IODIO SIERICO	45,50	
IODIO URINARIO	45,50	
ISAC (ESAMI ALLERGOLOGICI)	280,50	
ISOENZIMI AMILASI	65,50	
ISOENZIMI CPK	54,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
ISOENZIMI FOSFATASI ALCALINA	52,15	
ISTAMINA	100,50	
ISTAMINA URINARIA	100,50	
ISTOLOGICO	70,50	
ISTOLOGICO (DERMATOLOGIA)	70,50	
ISTOLOGICO DERMATOLOG.ESTETICA	70,50	
ISTOLOGICO SUCCESSIVO DERMATOL	55,50	
I208 rApi m1 Apis mellifera	26,50	
I209 rVes v5 Vespula vulgaris	26,50	
I211 rVes v1 Vespula vulgaris	26,50	
JAK2 MUTAZIONE V 617F	120,50	
KIT CATENA CUST. SANGUE CDT	4,00	
KIT CATENA CUST.SANGUE ALCOLEM	4,00	
KIT CATENA DI CUSTODIA URINE	8,50	
K202 nAna c2 Ananas comosus	26,50	
K218 rHev b5 Hevea brasiliens	26,50	
K220 rHev b6.02 Hevea brasil.	26,50	
LACOSAMIDE	40,50	
LAMOTRIGINA	40,50	
LAP (LEUCINO AMINOPEPTIDASI)	60,50	
LATTATO (ACIDO LATTICO)	15,50	
* LATTICODEIDROGENASI LDH	1,13	
* LATTOFERRINA abs	59,80	
LATTOFERRINA FECALE	56,00	
LATTOSIO, INTOLLERANZA	130,50	
LDH ISOENZIMI	45,50	
LDL OSSIDATE	80,50	
LE TEST	7,00	
LEGIONELLA PNEUM. Ag URINARIO	40,50	
LEGIONELLA PNEUMOPHILA Ab, IgG	25,50	
LEGIONELLA PNEUMOPHILA Ab, IgM	25,50	
LEISHMANIA, AB IgG	34,30	
LEISHMANIA, AB IgM	34,30	
LEISHMANIA, PCR Qualitativa	60,50	
LEPTINA	80,50	
LEPTOSPIRA Abs Ig Totali	22,50	
LEVETIRACETAM (KEPPRA)	70,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
LEVODOPA (L-DOPA)	85,85	
* LH CURVA DA STIMOLO	39,12	
LH CURVA DA STIMOLO	11,50	
* LH O.LUTEINIZZANTE SIERICO	7,20	
* LH O.LUTEINIZZANTE SIERICO	7,20	
LINF.ATTIV(CD3+CD25+CD3+CD69+)	35,50	
LINFOCITI CD3+ CD4+	35,50	
LINFOCITI CD8 SUPPRESSOR	26,20	
LIPASEMIA	10,50	
LIPIDOGRAMMA	17,50	
LIPOPROTEINA (A) - Lp(a)	16,50	
LIQUIDO SEMINALE,ES.BIOCHIMICO	52,15	
LIQUIDO SEMINALE:SPERMIOGRAMMA	88,50	
LIQUOR : ES.CHIMICO-FISICO	30,50	
LISOZIMA SIERICO	25,00	
LISTERIA MONOCYTOGENES IGM	35,80	
LISTERIA, ANTICORPI	29,10	
LITIO SIERICO (litiemia)	12,50	
LORAZEPAM	40,50	
LUPUS ANTICOAGULANT,AB (LAC)	28,50	
MACROPROLATTINA	80,50	
MAGNESIEMIA	10,50	
MAGNESIO URINARIO(MAGNESURIA)	10,50	
MALARIA STRISCIO GOCCIA SPESSA	20,50	
MALONDIALDEIDE	55,50	
MANGANESE	40,60	
MANGANESE URINARIO	25,50	
* MCA MUCINOUS LIKE CA AG	10,88	
MELATONINA SIERICA	46,20	
MENINGOCOCCO IgG (A,C,Y,W135)	50,50	
MERCURIO EMATICO	28,00	
MERCURIO URINARIO	27,50	
METABOLITI REATTIVI OSSIGENO	35,50	
METAEMOGLOBINA	14,00	
METANEFRINE-NORM.PLASMATICHE	90,50	
METANEFRINE-NORMMETANEFRINE UR.	65,50	
MICETI, ESAME COLTURALE	20,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

- A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".
- B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.
- C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
MICOFENOLATO	130,50	
MICOPLASMA PNEUMONIAE Ab IgG	26,50	
MICOPLASMA PNEUMONIAE Ab IgM	26,50	
MICOSI SUPERF. (ES.COLTURALE)	15,50	
MICOSI SUPERFICIALE ES.MICROSC	15,50	
MICR.E COLT.SECRETO VAGINALE		
MICROALBUMINURIA	16,00	
MICROSCOPICO DERMATOFITI	15,50	
MICROSCOPICO SEMINALE BK		
MINERALOGRAMMA CAPELLO	105,50	
MIOGLOBINA	28,50	
MIOGLOBINURIA	28,50	
MIX GRAM. (G2,G5,G6,G8,G10,G17)	26,50	
MONITORAGGIO VACCINAZIONE	283,50	
MONOIDROS.CARB.(OXCARBAZEPINA)	25,20	
MONOTEST (MONONUCLEOSI)	12,50	
MORBILLO, ANTICORPI IGG	19,00	
MORBILLO, ANTICORPI IGM	19,00	
MORFOLOGIA NEMASPERMICA	40,50	
MUCOPROTEINE	16,50	
MUCOSA BOCCALE: KIT	22,50	
MUTAZIONE GENE G6PD (FAVISMO)		
MUXF3 CCD, BROMELAIN 0214	26,50	
MYCOBACTERIUM TUBERCOLOSIS(BK)	115,50	
MYCOPLASMA GENITALIUM (DNA)	105,50	
MYCOPLASMA HOMINIS	120,50	
M218 rAsp f1 Asperg. fumigatus	5,93	
M229 rAlt a1 Alternaria alter.	26,50	
NEISSERIA GONORRHOEAE (DNA)	105,50	
NICHEL EMATICO	20,50	
NICHEL URINARIO	30,50	
NORDIN, TEST (Ca++, OHP)	26,50	
NT pro BNP	60,50	
OBAZAM	60,50	
OMEGA SCREENING	100,20	
OMOCISTEINA	40,50	
OMOCISTEINA CURVA DA CARICO	180,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

- A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".
- B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.
- C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.





## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
OMOCISTEINA MUTAZIONE (A1298C)	96,00	
OMOCISTEINA MUTAZIONE (C677T)	96,00	
OPPIACEI URINARI, RICERCA	22,50	
ORMONE ANTI-MULLERIANO	50,50	
ORNITINA PLASMATICA	107,00	
OSMOLALITA' SIERICA	16,50	
OSMOLALITA' URINARIA	16,50	
OSSALATI URINARI (Ossaluria)	30,50	
* OSTEOCALCINA (BGP)	27,21	
OSTET. INIEZIONI INTRAMUSCOLO	16,50	
PrenatalSAFE Karyo	850,50	
PACCHETTO ANALISI SMART	130,50	
PACCHETTO CHLAM.+MIC.PCR(5inf)	120,50	
PAI 1	86,00	
PANNEL.POLIMIOSITI/DERMATOMIOS	120,90	
PANNELLO BENESSERE DONNA		
PANNELLO EPATOPATIE AUTOIMMUNI	70,50	
* PAP TEST	11,16	
* PAP TEST ENDOCERVICALE	11,16	
* PAP TEST ESOCERVICALE	11,16	
PAPILLOMA VIRUS TIPIZZAZIONE	125,50	
PAPILLOMA VIRUS(HPV) screening	100,50	
PAPILLOMA VIRUS, Genotipo	130,50	
PAPILLOMA VIRUS,Post-screening	70,50	
PAPILLOMA VIRUS,P16(PAP TEST)	100,50	
PAPILLOMA VIRUS,P16(THIN PREP)	130,50	
PAPTEST + HPV	73,19	
PAPTEST + HPV + GENOTIPIZZAZ.	97,19	
PARASSITA MALARICO, ANTICORPI	30,50	
PARASSITOLOGICO URINARIO		
* PARATORMONE MOLECOLA INTATTA	18,92	
PAROTITE, ANTICORPI IGG	22,50	
PAROTITE, ANTICORPI IGM	22,50	
PAROXETINA (DOSAGGIO)	69,50	
PARVOVIRU B19 t.conferma (IgM)	50,50	
PARVOVIRUS B-19 (PCR)	50,50	
PARVOVIRUS B19 Ab IgG	25,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
PARVOVIRUS B19 Ab IgM	28,50	
PATERNITA' Accert/Escl.legale	840,50	
PATERNITA'(PRENATALE)NON INVAS	1490,50	
PCA3 TEST	350,50	
PENISCOPIA	39,23	
PEP TEST	61,40	
PEPSINOGENO 1	41,40	
PEPSINOGENO 1/2 RAPPORTO		
PEPSINOGENO 2	41,40	
* PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE	55,80	
* PEPTIDE-C (DOPO COLAZIONE)	12,15	
* PEPTIDE-C CURVA (5 DOS.)	50,65	
* PEPTIDE-C PROFILO	12,15	
* PEPTIDE-C PROFILO (3-5 DOS.)	12,15	
* PEPTIDE-C SIERICO	12,15	
PEPTIDE-C URINARIO	28,20	
* PEPTIDE-C (DOPO PASTO)	12,15	
PERCENT.SATURAZ. TRANSFERRINA	10,50	
PH SALIVARE	5,66	
* PIASTRINE	1,80	
PIOMBEMIA	26,50	
PIOMBO URINARIO (Piomburia)	26,50	
PIRUVATO	40,50	
PIRUVATO CHINASI ERITROCITARIA	15,70	
PLAC TEST	80,50	
PLAC TEST	80,50	
PLASMINOGENO	24,50	
PNEUMOCOCCO IgG	23,50	
POLIMORFISMO 5T GENE CFTR	160,50	
POLIOVIRUS IgG	101,00	
POLIPEPTIDE INTESTIN.VAS (VIP)	91,60	
POLIPOSI DEL COLON	520,50	
PON1G (paraoxonasil)		
PORFIRINE URINARIE TOTALI	25,80	
POST COITAL TEST *	78,69	
* POTASSIO SIERICO (KALIEMIA)	1,02	
* POTASSIO URINARIO (KALIURIA)	1,02	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO	5,50	
POTERE RIDUCENTE PLASMATICO	35,50	
PPAP-A	15,50	
PREALBUMINA	16,50	
PREL. DOMIC. 25EURO 2°PREL.	25,50	
PREL. DOPO QUATTRO SETTIMANE		
PREL.DOM.40 EURO NORD/EST	40,00	
PREL.DOM.43EURO ZONA SUD/OVEST	43,50	
PREL.DOM.62EURO FUORI GRA SUD	62,00	
PREL.DOMIC. (FUORI GRA NORD)	55,50	
PREL.DOMIC.(MAGGIORAZIONE)	15,50	
PREL.DOMIC.93EURO PROF.GLICEM.	93,50	
PRELIEVO DOM. 17,50 2° PREL.	17,50	
PRELIEVO DOMICILIARE 28 EURO	28,00	
PRELIEVO DOMICILIARE	15,00	
PRELIEVO DOMICILIARE EURO 30	30,00	
PRELIEVO DOMICILIARE EURO 50	50,00	
PRELIEVO DOMICILIARE URG. 6,25	6,25	
PRELIEVO DOMICILIARE 32 EURO	32,00	
PRELIEVO DOMICILIARE 35EURO	35,00	
PRELIEVO DOMICILIARE 5,00	5,00	
PRENATAL SAFE - 3	591,00	
PRENATALSAFE KARYO	850,50	
PRENATALSAFE KARYO PLUS	950,50	
PRENATALSAFE PLUS		
PREVEN.CARD.-ONCOL.POSTE DONNA		
PREVENZ.CARD.-ONCOL.POSTE UOMO		
PRIMIDONE	22,50	
PROCALCITONINA (PCT)	55,50	
PROFILO GLICEMICO : 4 PRELIEVI		
* PROGESTERONE	9,13	
* PROGESTERONE	9,13	
* PROGESTERONE 17-OH	10,53	
* PROGESTERONE 17-OH	10,53	
* PROGESTERONE 17-OH	10,53	
* PROGESTERONE 17-OH CURVA	10,53	
* PROLATTINA	7,13	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
* PROLATTINA	7,13	
* PROLATTINA	7,13	
* PROLATTINA CURVA DA STIMOLO	19,71	
* PROLATTINA PULSATILITA'	7,13	
PROPEPT.AMMINOTERM.PROCOLLAG.1	50,90	
PROPEPT.AMMINOTERM.PROCOLLAG.1		
PROTEINA C COAGULATIVA	40,50	
PROTEINA C R. Alta Sensibilità	12,50	
PROTEINA C REAT., Quantitativa	12,50	
PROTEINA CATIONICA EOSINOFILI	45,50	
PROTEINA S - FREE (FPS)	48,50	
PROTEINA S-100	80,50	
PROTEINURIA DOSAGGIO	8,50	
* PROTIDEMIA TOTALE	1,13	
PROTIDEMIA TOTALE		
PROTIDOGRAMMA ELETTROFORETICO	22,50	
PROTROMBINA FRAMMENTI 1-2	61,40	
PROVE EMOGENICHE	15,50	
PSA LIBERO	26,50	
* PSA: AG. PROSTATICO SPECIFICO	7,41	
PTH RELATED PEPTIDE	50,85	
QF 13/18/21/XY	180,50	
QUANTIFERON TB GOLD PLUS	150,50	
QUETIAPINA	75,50	
RABBIA Abs	48,50	
RADICALI LIBERI (D-ROMS)	30,70	
RAPPORTO ALBUM CREAT.URINARIE		
RAPPORTO APO-B / APO-A1		
RAPPORTO KAPPA/LAMBDA		
RAPPORTO KAPPA/LAMBDA (FREE)		
RAPPORTO KAPPA/LAMBDA (FREE)UR		
RAPPORTO KAPPA/LAMBDA URINARI		
* RAST: farm., Eparina -169	5,93	
* RAST: ACARI DEI MAGAZZINI-D71	5,93	
* RAST: ACARI,DERMAT.FARINAE-D2	5,93	
* RAST: ACARI,DERMAT.PTHERON.-D1	5,93	
* RAST: ACARUS SIRO - D70	5,93	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
RAST: ALBERI ACERO - T1	20,50	
* RAST: ALBERI, BETULLA - T3	5,93	
* RAST: ALBERI, CIPRESSO - T23	5,93	
* RAST: ALBERI, FAGGIO - T5	5,93	
* RAST: ALBERI, FRASSINO - T15	5,93	
* RAST: ALBERI, NOCE PECAN -F201	26,00	
* RAST: ALBERI, OLIVO - T9	5,93	
* RAST: ALBERI, PINO - T16	5,93	
* RAST: ALBERI, PIOPPO - T14	5,93	
* RAST: ALBERI, PLATANO - T11	5,93	
* RAST: ALBERI, QUERCIA - T7	5,93	
* RAST: ALBERI,GINEPRO SABINA-T6	5,93	
RAST: ALBERI,NOCE CALIFOR.-T10	20,50	
RAST: ALBERI,TIGLIO-T208	20,50	
* RAST: ALIM. AGLIO -F47	5,93	
* RAST: ALIM. ARACHIDI - F13	5,93	
* RAST: ALIM. ARANCIA - F33	5,93	
* RAST: ALIM. BIANCO D'UOVO - f1	5,93	
* RAST: ALIM. CACAO - F93	5,93	
* RAST: ALIM. CARNE DI BUE - F27	5,93	
* RAST: ALIM. CARNE DI POLLO-F83	5,93	
* RAST: ALIM. CARNE MAIALE - F26	5,93	
* RAST: ALIM. CAROTA -F31	5,93	
* RAST: ALIM. FAGIOLI BIANC.-F15	5,93	
* RAST: ALIM. FORMAGGIO - F81	5,93	
* RAST: ALIM. FRAGOLE - F44	5,93	
* RAST: ALIM. GAMBERO - F24	5,93	
* RAST: ALIM. GLUTINE - F79	5,93	
* RAST: ALIM. GRANO - F4	5,93	
* RAST: ALIM. GRANOTURCO - F8	5,93	
* RAST: ALIM. LATTE - F2	5,93	
* RAST: ALIM. LIEVITO - F45	5,93	
RAST: ALIM. LUPPOLO F324	20,50	
* RAST: ALIM. MANDORLE - F20	5,93	
RAST: ALIM. MELANZANA - F262		
* RAST: ALIM. NOCCIOLE - F17	5,93	
* RAST: ALIM. NOCE MOSCATA F282	5,93	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
* RAST: ALIM. NOCI - F256	5,93	
* RAST: ALIM. ORZO - F6	5,93	
* RAST: ALIM. PATATE - F35	5,93	
* RAST: ALIM. PESCA - F95	5,93	
* RAST: ALIM. PESCE(MERLUZZO) -F3	5,93	
* RAST: ALIM. PISELLI - F12	5,93	
* RAST: ALIM. PISTACCHIO - F203	20,50	
* RAST: ALIM. POMODORO - F25	5,93	
* RAST: ALIM. RISO -F9	5,93	
* RAST: ALIM. ROMBO - RF311	5,93	
* RAST: ALIM. ROSSO D'UOVO -F75	5,93	
* RAST: ALIM. SOIA - F14	5,93	
* RAST: ALIM. TONNO - F40	5,93	
RAST: ALIM., ACCIUGA-F313	20,50	
RAST: ALIM., ANANAS-F210	20,50	
RAST: ALIM., ARAGOSTA-F304	20,50	
RAST: ALIM., CASTAGNA - F299	20,50	
RAST: ALIM., LATTE PECORA-F325	20,50	
RAST: ALIM., LIMONE-F208	20,50	
* RAST: ALIM., LUMACA - F314	5,93	
* RAST: ALIM., MIELE - F247		
RAST: ALIM., NOCE DI COCCO-F36	20,50	
* RAST: ALIM., OLIVA F342	5,93	
RAST: ALIM., PARMIGIANO-F67	20,50	
RAST: ALIM., PEPE NERO-F280	20,50	
* RAST: ALIM., PEPERONCINO -F279	5,93	
RAST: ALIM., PERA-F94	20,50	
RAST: ALIM., POLPO - F59	20,50	
* RAST: ALIM., PRUGNA - F255	5,93	
* RAST: ALIM., SEPIA-F58	5,93	
* RAST: ALIM., SPINACIO - F214	5,93	
* RAST: ALIM., ZUCCA-F225	5,93	
RAST: ALIM., FUNGHI CHAMP. -F212	20,50	
RAST: ALIM., MIRTILLO NERO-F288	20,50	
RAST: ALIM., PESCE SPADA -F312	20,50	
RAST: ALIM., PONOLI - F253	5,93	
* RAST: ALIM., RIBES SYLV. - F322		

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
RAST: ALIM.,SEMI DI SESAMO-F10	20,50	
RAST: ALIM.,VONGOLA-F207	20,50	
RAST: ALIM.BETA VULGARIS F319	20,50	
* RAST: ALIM.CAFFE' -F221	5,93	
* RAST: ALIM.CARNE CONIGLIO-F213	5,93	
* RAST: ALIM.CIPOLLA -F48	5,93	
RAST: ALIM.MALTO D'ORZO F90	20,50	
* RAST: ALIM.MELONE -F87	5,93	
* RAST: ALIM.SEDANO -F85	5,93	
RAST: ALIM.THE' - F222	20,50	
* RAST: ALIM, CECE-F309	5,93	
RAST: ALIM, FORM. FERMENT.-F82	20,50	
RAST: ALIM, .GRANO SARACENO-F11	20,50	
* RAST: ALIM,CETRIOLO F244	5,93	
* RAST: ALIM,CHENOP.QUINOA-F347	5,93	
* RAST: ALIMENTI CANNELLA F220	5,93	
RAST: ALIMENTI FICO F402	20,50	
* RAST: ALIMENTI SEGALE F5	5,93	
RAST: ALIMENTI, ALBICOCCA F237	20,50	
RAST: ALIMENTI, ASTICE - F80	20,50	
RAST: ALIMENTI, AVENA-F7		
RAST: ALIMENTI, BANANA-F92	5,93	
RAST: ALIMENTI, GRANCHIO-F23	5,93	
RAST: ALIMENTI, LAMPONE - F343	20,50	
RAST: ALIMENTI, LATTUGA - F215	20,50	
RAST: ALIMENTI, MELA - F49	5,93	
RAST: ALIMENTI, MITILE - F37	20,50	
RAST: ALIMENTI, ORIGANO - F283	20,50	
RAST: ALIMENTI, SALMONE - F41		
RAST: ALIMENTI, SOGLIOLA-F337	20,50	
RAST: ALIMENTI, UVA - F259	20,50	
RAST: ALIMENTI, LENTICCHIA-F235	20,50	
* RAST: CYAMOPSIS TETRAGON.-F246		
* RAST: EPIT. LANA DI PECORA-E81	5,93	
* RAST: EPIT.,FORFORA DI CANE-E5	5,93	
* RAST: ERBE, AMBROSIA ELAT.-W1	5,93	
* RAST: ERBE, ARTEMIS.ABSINTH.W5	5,93	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
* RAST: ERBE, ARTEMIS.VULGAR.-W6	5,93	
* RAST: ERBE, ERBA CALI - W11	26,00	
* RAST: ERBE, PARIET.JUDAICA-W21	5,93	
* RAST: ERBE, PARIET.OFFICIN.W19	5,93	
* RAST: ERBE, PLANTAGO LANC.-W9	5,93	
* RAST: ERBE, TARAXACUM VULG.-W8	5,93	
* RAST: ERBE, URTICA DIOICA -W20	5,93	
RAST: ERBE,ATRIPLEX LENT.-W15	20,50	
RAST: ERBE,CHENOP.ALBUM-W10	20,50	
RAST: ERBE,KOCHIA SCOPARIA-W17	20,50	
RAST: ERBE,RUMEX ACETOSEL.-W18	20,50	
RAST: ERBE: URTICA DIOICA W20	20,50	
* RAST: FARM., Bupivacaina -C89	5,93	
* RAST: FARM., Cefalotina -C54	5,93	
* RAST: FARM., Cefuroxime -C308	5,93	
* RAST: FARM., CARBOCAINA -C87	5,93	
RAST: FARM., Diclofenac -C79	20,50	
* RAST: FARM., ERITROMICINA -C61		
RAST: FARM., Ibuprofene -C78	20,50	
* RAST: FARM., Ketoprofene -C172	5,93	
* RAST: FARM., Mepivacaina -C88	5,93	
* RAST: FARM., Metamizolo -C91	5,93	
* RAST: FARM., Naprossene -C110	5,93	
* RAST: FARM., Piperacillina		
* RAST: FARM., PARACETAMOLO -C85	5,93	
* RAST: FARM.,CEFALOSPORINE -C55	5,93	
* RAST: FARM.,NORFLOXACINA -C175	5,93	
* RAST: FARM, CEFACLOR-C7	5,93	
* RAST: FARMACO Articaia -C68	5,93	
* RAST: FARMACO, AMOXICILLINA-C6	5,93	
* RAST: FARMACO, AMPICILLINA- C5	5,93	
* RAST: FARMACO: PENICIL.G -C1	5,93	
* RAST: FARMACO: PENICIL.V - C2	5,93	
RAST: FORFORA DI CAVALLO E3	5,93	
* RAST: GRAM. AVENA SATIVA - G14	5,93	
* RAST: GRAM. CYNODON DACT. - G2	5,93	
* RAST: GRAM. DACTYLIS GLOM. -G3	5,93	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.





## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
* RAST: GRAM. FESTUCA ELATIOR-G4	5,93	
* RAST: GRAM. HOLCUS LANATUS-G13	5,93	
* RAST: GRAM. LOLIUM PERENNE -G5	5,93	
* RAST: GRAM. PALEO ODOROSO -G11	5,93	
* RAST: GRAM. PHLEUM PRATENSE-G6	5,93	
* RAST: GRAM. POA PRATENSIS -G8	5,93	
* RAST: GRAM. SECALE CEREALE-G12	5,93	
* RAST: GRAM. TRITICUM SAT.-G15	5,93	
RAST: GRAM., ALOPECUR.PRAT-G16	20,50	
RAST: GRAM., PALEO ODOROSO-G1	20,50	
* RAST: GRAM., PHRAGMITES COMM.G7	20,50	
* RAST: GRAMINACEE SEGALE G12	5,93	
* RAST: INAL. EPITELIO GATTO- E1	5,93	
* RAST: INAL. PIUME D'OCA - E70	5,93	
* RAST: INAL.EPIT. CONIGLIO-E82	5,93	
* RAST: INAL.PIUME GALLINA-E85	5,93	
* RAST: INSETTI, APE VELENO -I1	5,93	
RAST: INSETTI, BLATELLA GER-I6	20,50	
RAST: INSETTI, CALABRONE -I5	20,50	
* RAST: INSETTI, POLISTES - I4	5,93	
RAST: INSETTI, TABAN.SPEC-I204	20,50	
* RAST: INSETTI, VESPA VELENO-I3	5,93	
* RAST: INSETTI,ZANZARA COM.I71	5,93	
* RAST: LATTICE - K82	5,93	
RAST: MIX, MUFFE - MP1	20,50	
* RAST: MUFFE, Asper.Flavus M228	26,50	
RAST: MUFFE, Asperg.niger M207	20,50	
* RAST: MUFFE, ALTERN.TENUIS- M6	5,93	
* RAST: MUFFE, ASPERG.FUM. -M3	5,93	
* RAST: MUFFE, CANDIDA ALB. -M5	5,93	
* RAST: MUFFE, CLAD.HERBAR. -M2	5,93	
* RAST: MUFFE, ENTER.STAF. A-M80		
* RAST: MUFFE, ENTER.STAF. B-M81		
* RAST: MUFFE, MUCOR RACEMOS.-M4	5,93	
* RAST: MUFFE, PENICIL.NOTAT.-M1	5,93	
* RAST: MUFFE,ENTER.TSST-M226		
RAST: MUFFE,EPICOCUM PURP.M14	20,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
RAST: MUFFE,STEMPH.BOTRYOS.M10	20,50	
RAST: PARASSITA ANISAKIS-P4	20,50	
RAST: PIANTE LIGUSTRO T210		
* RAST: POLV.CASA GREER LABS -H1	5,93	
* RAST: POLV.CASA HOLLISTER - H2	5,93	
RAST: VEL. VESPA AUROPEA -177	20,50	
* RAST:ACARI, GLYCYPHAG.DOM.-D73	5,93	
* RAST:ACARI,EUROGL.MAYNEI-D74	5,93	
RAST:ALBERI, OLMO AMERICANO-T8	20,50	
* RAST:ALIM. KIWI-F84	5,93	
RAST:ALIM., CAPESANTA - F338	20,50	
* RAST:ALIM., PAPRICA - F218	5,93	
* RAST:ALIM.,CARNE TACCHINO F284		
* RAST:ALIM.,CILIEGIA F242	5,93	
RAST:ALIM.,LATTE DI CAPRA-F409	20,50	
RAST:ALIMENTI, BASILICO-F269	22,50	
RAST:ALIMENTI, CALAMARO - F258	20,50	
* RAST:FARM., Ac.Clavulanico-200	5,93	
* RAST:FARM., Azitromicina -C194	5,93	
* RAST:FARM., Cortisone -C155	5,93	
* RAST:FARM., Desametasone -C125		
* RAST:FARM., Prednisolone -C154	5,93	
* RAST:FARM.,Ac.Acetilsalic.-C51	5,93	
* RAST:FARM.,Ciprofloxacina-C108	5,93	
* RAST:FARM.,Claritromicina-C170	5,93	
* RAST:FARM.,Cloramfenicolo-C152	5,93	
* RAST:GRAM., PASPAL.NOTATUM G17		
RAST:GRAM.,SORG.HALEPENSE G10	26,50	
* RAST:INSETTI,V.CALABR.EUR. I75	5,93	
RAST:MIX GRAM.(G3,G4,G5,G6,G8)	26,50	
RAST:MUFFE,BOTRYTIS CINEREA-M7	20,50	
RAST:MUFFE,ENTER.STAFIL-M223		
RECETTORE INTERLEUCHINA 2(IL2)	130,50	
RECETTORI ESTROGENI ESR-1	105,50	
RECETTORI ORMONALI	280,50	
* RENINA A RIPOSO	12,55	
* RENINA DOPO MOTO	23,24	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<u>Prestazione</u>	<u>RMB13</u>	<u>Medico esecutore</u>
* RESISTENZA GLOBULARE	7,67	
RESISTENZA PROTEINA C ATTIVATA	28,50	
RESPIRATORIO SINCIZIALE IgA	18,50	
RESPIRATORIO SINCIZIALE IgG	13,20	
RESPIRATORIO SINCIZIALE IgM	18,50	
RET PROTO-ONCOGENE	450,50	
* RETICOLOCITI	3,50	
* RETICOLOCITI (conta + indici)	10,50	
* RETICOLOCITI (conta)	3,50	
RETINOL BINDING PROTEIN	90,50	
RETRAZIONE DEL COAGULO	6,50	
RETT SYNDROME	330,50	
* REUMA-TEST quantitativo	4,73	
REV.MICROSC.STRISCIO EMATOLOG.	20,50	
REVERSE T3	45,50	
REVISIONE VETRINI	60,50	
RIC.EOSINOF. SU SECRETO NASALE	15,50	
RICERCA CARBAPENEMASI CARBA5		
RICERCA PARASSITI CUTANEI	28,50	
RICKETTSIA CONORI, Ab IgG IgM	25,50	
ROSOLIA AVIDITY	60,50	
ROSOLIA, Ab IgG	16,00	
ROSOLIA, Ab IgM	16,00	
ROTAVIRUS/ADENOVIRUS,AG - Feci	15,50	
RPR(RAPID PLASMA REAGIN)	8,25	
SALICILATI	16,20	
* SALMONELLA Anticorpi (WIDAL)	4,02	
SARS-CoV-2TAMPONE NASOFARINGEO	60,00	
SCHISTOSOMA monsoni IgG	25,50	
SCHISTOSOMA, ANTICORPI	30,50	
SCOTCH TEST	10,50	
SCREENING SANGUE OCCULTO	13,10	
* SECRETO PROSTATICO:ES.MICROSC.	2,31	
* SECRETO URETRALE: ES.MICROSC.	2,31	
* SECRETO VAGINALE: ES.MICROSC.	2,31	
SELENIO PLASMATICO	36,80	
SELENIO URINARIO	36,80	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



# BIOS PREVENTION

BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
<i>SENSIBILITA' AI SOLFITI</i>		
<i>SEROTONINA SIERICA</i>	19,60	
<i>SERTRALINA</i>	78,50	
<i>SERVIZIO A DOMICILIO FUORI GRA</i>	50,50	
<i>SHBG: SEX.HORM.BIND.GLOBUL.</i>	30,50	
<i>SHBG: SEX.HORM.BIND.GLOBUL.</i>	30,50	
* <i>SIDEREMIA</i>	1,14	
<i>SIEROAMILOIDE</i>	18,50	
<i>SINDR. DA MICRODELEZ. CON MLPA</i>	160,50	
<i>SINDROME GILBERT (UGT1A1)</i>	185,50	
<i>SMA(ATR.MUSC.SPIN.)SU GENITORI</i>	360,50	
* <i>SODIO SIERICO (NATRIEMIA)</i>	1,02	
* <i>SODIO URINARIO (NATRIURIA)</i>	1,02	
<i>SOLFATI URINARI *</i>	28,50	
<i>SOMATOMEDICA-C (IGF-1) CURVA</i>	238,30	
<i>SOMATOMEDINA-C (IGF-1)</i>	38,50	
<i>SORDITA' CONGENITA (CX 26)</i>	140,50	
<i>SORDITA' CONGENITA (CX26+CX30)</i>	260,50	
<i>SORDITA' CONGENITA SU L.A.</i>	145,11	
<i>SORDITA' CONGENITA 2° LIVELLO</i>	320,50	
<i>SOTTOCLASSE IMMUNOGLOBUL.IGG4</i>	21,00	
<i>SRY (Determinazione Regione Y)</i>	95,50	
<i>STAGNO URINARIO</i>		
<i>STD (CHLAM.+NEISS.GONORR.PCR)</i>	95,50	
<i>STD1(PACCHETTO MICOPLASMI PCR)</i>	105,50	
<i>STD6 (PACCHETTO MTS)</i>	150,50	
<i>STREP.BETA EMOL.GR.A - TEST</i>	15,50	
<i>STREPTOCOC.PNEUMOC.AG URINARIO</i>	76,40	
<i>STREPTOZYME</i>	20,50	
<i>SUPEROSSIDO DISMUTASI (SOD)</i>	77,50	
<i>SWELLING TEST</i>	40,50	
<i>TA-4 (SCC)</i>	26,50	
<i>TACROLIMUS FK 506</i>	48,50	
<i>TAMPONE LINGUALE</i>	22,50	
<i>TAMPONE MOLECOLARE PCR</i>	90,50	
<i>TAMPONE RETTALE PER CPE</i>	22,50	
<i>TAMPONE RETTALE PER SGB</i>	7,46	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

Report prodotto da URANIA, (C) Medusa Software - Roma, Informatica per la Sanità

Aggiornato al 15/07/2021

Pag. 36

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
* TAMPONE TONSILLARE	7,48	
TARIFFA ESAME DOMENICA	230,50	
* TBG: GLOBULINA TIROXINALEGANTE	6,70	
TEICOPLANINA	71,30	
* TEMPO DI PROTROMBINA	2,85	
TEMPO DOPO 10 SETTIMANE		
TEMPO ZERO		
* TEOFILLINA	19,11	
TEST DI CAPACITAZIONE	88,69	
TEST DI MEARES-STAMEY	70,50	
TEST DI NORDIN		
TEST ESEGUITO IN FORMA ANONIMA	630,50	
TEST FRAMMENTAZIONE DNA SPERM	160,50	
* TEST IMMUNOLOGICO GRAVIDANZA	6,02	
* TEST PERMEAB.INTEST.AI 3 ZUCC.	150,50	
TEST RAPIDO ANTIGENE SARS COV2	22,00	
* TESTOSTERONE	9,78	
* TESTOSTERONE	9,78	
TESTOSTERONE LIBERO	30,50	
THIN PREP	38,50	
TIMIDINA CHINASI	71,40	
* TIPIZZAZIONE	103,79	
TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA	180,50	
TIROSINA SIERICA	85,40	
TITOLO ANTISTAFILOLISINICO-TAF	20,50	
* TITOLO ANTISTREPTOLISINICO-TAS	4,85	
TNF (TUMOR NECROSIS FACTOR)	66,40	
TOPIRAMATO (TOPAMAX)	80,50	
TOXOCARA CANIS IgG	80,50	
TOXOPL., AVIDITY, IgG (urgenza)	42,00	
TOXOPLASMA AVIDITY IgG	26,50	
TOXOPLASMA GONDII (DNA)	60,50	
TOXOPLASMA, Ab IgG	16,00	
TOXOPLASMA, Ab IgM	16,00	
TOXOPLASMOSI AB, IGA	30,50	
TOXOPLASMOSI AB, IGM (IFA)	30,50	
* TPA (TISSUE POLYPEPTIDE AG.)	16,60	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
TPHA (TREPONEMA PAL. HEMOAG. A.)	12,50	
* TRANSAMINASI GOT	1,04	
* TRANSAMINASI GPT	1,00	
TRANSCORTINA-CBG	60,50	
TRANSFERR. RECETTORE SOLUBILE	20,50	
TRANSFERRINA	14,50	
TREPONEMA PALLIDUM (DNA)	130,50	
TREPONEMA PALLIDUM ABS IGG	16,00	
TREPONEMA PALLIDUM IGM	15,80	
TRICHOMONAS VAGINALIS (PCR)	120,50	
* TRIGLICERIDI	1,17	
TRIPSINA	90,50	
TRIPTASI SIERICA	90,50	
TRIPTOFANO	95,50	
TROPONINA ALTA SENSIBILITA'	26,32	
* TSH (TSH3-ULTRA) Test Reflex	7,40	
TSH AB (ANTICORPI A. RECETTORI)	32,50	
* TSH CURVA DA STIMOLO	16,27	
* TSH: ORMONE TIREOSTIMOLANTE	5,46	
* TSH: ORMONE TIREOSTIMOLANTE	5,46	
* TUMOR M2-PK FECALE	60,50	
T215 rBet v1 Betulla verrucosa	26,50	
T216 rBet v2 Betulla Verrucosa	26,50	
T220 rBet v4 Betulla Verrucosa	26,50	
T224 nOle e1 Olea europea	26,50	
T226 nCup a 1 Cupres.arizonica	26,50	
T227 Ole e7 Olive	26,50	
T240 rOLE e9 Olive	26,50	
T241 Pla a1 Maple Leaf Sycam	26,00	
T3 (TRIIODOTIRONINA)	16,50	
* T3 LIBERO (FT3)	6,40	
T4 (TIROXINA)	16,50	
* T4 LIBERO (FT4)	6,36	
UDP (disomia uniparentale)	340,50	
UNISALUTE PREV03		
UNISALUTE PREV100		
UNISALUTE PREV25		

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

- A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".
- B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.
- C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
UNISALUTE PREV42		
UNISALUTE PREV43		
UNISALUTE PREV86		
UREA CLEARANCE	18,50	
* UREA URINARIA (AZOTURIA)	1,13	
UREAPLASMA PARVUM	122,60	
UREAPLASMA UREALYTICUM	120,50	
UREAPLASMA UREALYTICUM IgA	30,50	
UREAPLASMA UREALYTICUM IgG	30,50	
UREAPLASMA UREALYTICUM IgM	30,50	
* URICEMIA	1,13	
* URICURIA	1,13	
* URINE PER BK - ES.MICROSCOPICO	2,31	
* URINE: 1°getto esame completo	1,14	
* URINE: 2°getto esame completo	2,17	
* URINE: 3°getto esame completo	1,14	
* URINE:ESAME COMPLETO	2,17	
UROPORFIRINE	15,50	
VALORI NORMALI SPERMIOGRAMMA		
VANCOMICINA	49,00	
VARICELLA AB, IGG	20,50	
VARICELLA AB, IGM	20,50	
VARICELLA ANTICORPI IgA	40,50	
VARICELLA ZOSTER VIRUS (DNA)	95,50	
VARICELLA, ANTICORPI IgA	28,70	
VARICELLA, ANTICORPI IgG	40,50	
VARICELLA, ANTICORPI IgM	40,50	
VASOPRESSINA (ADH)	35,50	
* VELOCITA' ERITROSEDIMENT.(VES)	1,95	
VERSAMENTO:ES.CHIMICO-FISICO	28,50	
VIS.GIN.PER INSER.DELLO I.U.D.	140,50	
VISITA GINECOLOGICA OMEOPATICA	100,50	
VITAMINA A (LIPOSOLUBILE)	30,50	
VITAMINA B1 (IDROSOLUBILE)	25,50	
* VITAMINA B12	7,32	
VITAMINA B2 (IDROSOLUBILE)	25,50	
VITAMINA B6	25,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazione dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.



BIOS PREVENTION srl

Sede legale: Via A. Pierantoni 34 - 00139 Roma

Sede operativa: Viale Marx 203 - 00137 Roma

Tel: 06 82000138 r.a. - Fax: 06 826806

info@biosprevention.it - www.biosprevention.it

PEC: biospreventionsrl@legalmail.it

P.IVA e Cod. Fiscale: 12430111000

Numero REA: RM 1373671

Capitale Sociale: 10.000,00 IV

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2015

Cert. n. DAS 68798193/16/Q

## Nomenclatore Tariffario

### ANALISI CLINICHE

<i>Prestazione</i>	<i>RMB13</i>	<i>Medico esecutore</i>
VITAMINA B9	48,50	
VITAMINA C	80,50	
VITAMINA D (1-25 DIIDROSSI)	75,50	
VITAMINA D Totale (25-OH-D)	30,50	
VITAMINA E (Tocoferolo)	25,50	
VITAMINA H (BIOTINA)	75,50	
VITAMINA K	220,50	
VITAMINA PP	70,50	
VOL.FILTR. GLOMERULARE (GFR)	40,50	
* WAALER-ROSE (REAZIONE DI )	2,14	
* WASSERMAN : 2 PROVE DI REAZ.	18,50	
WEIL-FELIX (REAZIONE DI)	11,00	
W211 rPar j2 Pariet. judaica	26,50	
W231 nArt v1 Artemisia vulgar.	26,50	
W232 nSal k1 Salsola Kali	26,50	
W234 Pla l1 Plantani	26,50	
X FRAGILE SCREENING COMPLETO	200,50	
YERSINIA ENTEROCOLITICA abs		
ZINCO SIERICO	22,50	
ZINCO URINARIO	23,50	
ZINCOPROTOPORFIRINE ERITROC.	20,50	
ZONISAMIDE	70,50	
ZONULINA FECALE	110,50	
ZONULINA SIERICA	100,50	
11-DEOSSICORTISOLO	80,50	
* 17-CETOSTEROIDI URINARI 17KS	10,58	
* 17-IDROSSICORTICOIDI URINARI	11,25	
2° e 4° mercoledì' del mese		
2,5 ESANDIONE URINARIO (I-F/T)	26,50	
2proPSA - phi	230,50	

\* = Esame in convenzione Sistema Sanitario Regionale

Se l'importo totale supera 77,47 euro, occorre aggiungere il bollo di 2,00 euro in fattura.

**Note:**

A) Le indagini sono controllate con standard a titolo noto e con l'ausilio del "Controllo di Qualità intra e interlaboratorio".

B) Tutte le analisi i cui valori risultano fuori dalla norma e incongruenti, vengono ripetute per confermare l'esito.

C) Alcuni fattori (farmaci, alimenti, stress, etc.) possono dar luogo a variazioni dei risultati. In particolare, in caso di assunzione di farmaci, si consiglia un nuovo controllo dopo l'interruzione della terapia ed idonea preparazione all'esame.