

RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO

AVVERTENZA: COMPILARE IN MANIERA LEGGIBILE IL QUESTIONARIO IN OGNI SUA PARTE. L'incompleta o inaccurata compilazione di dati clinici e/o anamnestici possono essere causa di errate valutazioni in fase diagnostica.

Data prelievo.....Provenienza (Laboratorio/Casa di Cura) **cod 2346 Medical Gamma**
 COGNOME/NOME..... Data di nascita.....
 RESIDENZA.....
 CODICE FISCALE.....
 MEDICO RICHIEDENTE..... TEL:.....

MATERIALE INVIATO: Sede anatomica prelievo.....
 1).....2).....
 3).....4).....
 5).....6).....

MOTIVAZIONE DIAGNOSTICA.....

NOTIZIE CLINICHE:.....

Per prelievi di tipo ginecologico: data ultime mestruazioni:.....

RESPONSO ESAMI PRECEDENTI:

CITOLOGICI:.....(data.....)

ISTOLOGICI:.....(data.....)

Quesiti particolari/ricerche specifiche.....

FIRMA MEDICO PRELEVATORE.....

COMPILAZIONE A CURA DELLA SEZIONE DI ANATOMIA PATOLOGICA - CERBA

Data di ricezione: Mat. Conforme Mat. non conforme

Motivazione non conformità:.....

Numero di registrazione		DATA	TSLB	PAT
	Accettazione			
	Campionamento/Processazione			
	Inclusione			
	Taglio			
	Consegna			