

MODULO DI RICHIESTA PER ESAMI ISTOLOGICI/CITOLOGICI

Da _____
Ospedale _____ Reparto / Servizio _____

Campione biologico di _____ Sesso ☐
Cognome _____ Nome _____

Data di nascita Luogo di nascita _____

Residenza: Via _____ Comune _____

Codice Fiscale

Regime Ambulatoriale ☐ Regime di Ricovero ☐ con cartella n. _____ Libera Professione ☐

ESAME RICHIESTO

☐ Istologico
☐ Citologico

TIPO ESAME

☐ Routine
☐ Estemporaneo

MATERIALE

☐ Fresco
☐ Fissato in _____

ORGANI E/O SEDI ANATOMICHE DEI PRELIEVI INVIATI

1. _____ 6. _____
2. _____ 7. _____
3. _____ 8. _____
4. _____ 9. _____
5. _____ 10. _____

Notizie anamnestiche, cliniche e dati di laboratorio: _____

Caratteri macroscopici dell'organo biopsiato: _____

Quesito diagnostico: _____

Precedenti esami istologici: n. _____ n. _____ n. _____ n. _____ n. _____

Data _____ @ _____ Nome del medico richiedente _____
e-mail _____ Leggibile _____