



COGNOME e NOME _____ sesso _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____
via _____ Tel. _____

Ospedale/Casa di cura: _____ Data della richiesta: _____

Reparto/Ambulatorio: _____ Medico richiedente: _____

N° C. Clinica: _____ Data del prelievo: _____

STRISCIO		AGOASPIRATO		LIQUIDO	
Mucosa orale	<input type="checkbox"/>	Tiroide	<input type="checkbox"/>	Urina spont.	<input type="checkbox"/>
Capezzolo	<input type="checkbox"/>	Polmone	<input type="checkbox"/>	Urina cateter.	<input type="checkbox"/>
Cute	<input type="checkbox"/>	Fegato	<input type="checkbox"/>	Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>
Espettorato	<input type="checkbox"/>	Linfonodo	<input type="checkbox"/>	Versamento peritoneale	<input type="checkbox"/>
Brushing	<input type="checkbox"/>	Mammella	<input type="checkbox"/>	Lavaggio	<input type="checkbox"/>
Altri _____	<input type="checkbox"/>	Altri _____	<input type="checkbox"/>	Altri _____	<input type="checkbox"/>

NOTIZIE CLINICO-ANAMNESTICHE: _____

ESAMI CITOLOGICI e/o ISTOLOGICI PRECEDENTI: SI NO

DIAGNOSI: _____

Terapie pregresse o in atto: _____

Quesito: _____

MATERIALE INVIATO: _____

N° _____

DIAGNOSI CITOLOGICA: _____

Campobasso, lì _____ Visto da: _____ Verificato da: _____

Tipo di materiale citologico pervenuto: _____

Data e ora di accettazione: _____ Tecnico: _____

N° vetrini già strisciati _____

Descrizione del materiale inviato: _____

CELL BLOCK N. IST:

Data e ora di consegna preparati _____ al Dott. _____