



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: _____

Tipo di intervento e data: _____

SEDE DEL PRELIEVO: _____

MATERIALE INVIATO: _____

NOTIZIE CLINICO-ANAMNESTICHE: _____

Esami citologici e/o istologici precedenti: SI NO

DIAGNOSI: _____

Terapie pregresse o in atto: _____

Quesito: _____

N. _____

Data e ora di accettazione: _____ dal Tecnico _____

Data e ora di consegna preparati _____ dal Tecnico _____ dal Dott. _____

DIAGNOSI ISTOPATOLOGICA: _____