



COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

Ospedale/Casa di cura: \_\_\_\_\_ Data della richiesta: \_\_\_\_\_

Reparto/Ambulatorio: \_\_\_\_\_ Medico richiedente: \_\_\_\_\_

N° C. Clinica: \_\_\_\_\_

Tipo di intervento: \_\_\_\_\_

SEDE DEL PRELIEVO: \_\_\_\_\_

MATERIALE INVIATO: \_\_\_\_\_

NOTIZIE CLINICO-ANAMNESTICHE: \_\_\_\_\_

Diagnosi citologiche e/o istologiche precedenti: SI  NO

Interni: n. esame e data \_\_\_\_\_

Esterni: diagnosi \_\_\_\_\_

Terapie pregresse o in atto: \_\_\_\_\_

Quesito: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ E: \_\_\_\_\_ Data di accettazione \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE MACROSCOPICA \_\_\_\_\_

DIAGNOSI ISTOPATOLOGICA: \_\_\_\_\_

Campobasso, li \_\_\_\_\_ Visto da: \_\_\_\_\_ Verificato da: \_\_\_\_\_

Data e ora di accettazione: \_\_\_\_\_ Tecnico \_\_\_\_\_

Medico macroscopo \_\_\_\_\_ Tecnico \_\_\_\_\_