

SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO SPECIALIZZATO IN ANATOMIA PATOLOGICA
RICHIESTA DI ESAME CITOLOGICO
**CODICE A BARRE
O N. DI IDENTIFICAZIONE**

Spazio riservato all'Anatomia Patologica

OSPEDALE Prelievo del

U.O. e n° centro di costo

Recapito telefonico U.O. / Medico richiedente

Cognome

Nome

 Nato il a M F

Tessera sanitaria Codice fiscale

Natura del materiale inviato		Convenzionale <input type="checkbox"/>	Thin prep <input type="checkbox"/>
Espettorato <input type="checkbox"/>	Broncoaspirato <input type="checkbox"/>	ds sn	Spazzolatura bronchiale <input type="checkbox"/> ds sn
Liquido ascitico <input type="checkbox"/>	Liquido pleurico <input type="checkbox"/>	ds sn	Bal <input type="checkbox"/> ds sn
Urine spontanee <input type="checkbox"/>	Urine da catetere vescicale <input type="checkbox"/>		Urine da catetere ureterale <input type="checkbox"/> ds sn
Midollo osseo <input type="checkbox"/>			Liquor <input type="checkbox"/>
Agoaspirazione <input type="checkbox"/>	da		
Altro <input type="checkbox"/>		

Dati anamnestici e reperti obiettivi
.....

Esami radiologici, di Laboratorio, etc.
.....

Esami precedenti	Nel nostro istituto <input type="checkbox"/>	Altrove <input type="checkbox"/>	N° vetrini	PAP	MGG
Biopatici					
Citologici					
Ematologici			EE		
Terapie in atto			N° inclusioni		
.....					
Diagnosi clinica sospetta			Thin prep		
.....			Colorazioni speciali		