SCRIVERE IN STAMPATELLO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE "CITTÀ DI TORINO"
PRESIDIO OSPEDALE MARTINI

SERVIZIO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO E CITOLOGICO
VIA TOFANE 71 - TEL. 011.7095-2285

DATA PRELIEVO _____ ENTE O REPARTO _____ DAY HOSPITAL ☐ AMBULATORIO ☐

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

LUOGO DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ VIA _____ NR. _____

SESSO [F] [M] MEDICO PROPONENTE _____

NR. TESSERA SANITARIA O COD. FISCALE _____

RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO ☐ **O CITOLOGICO EXTRAVAGINALE** ☐

TIPO DI CAMPIONE ISTOLOGICO: OPERATORIO / BIOPTICO ☐ CONGELATORE ☐ ULTIME MESTRUAZIONI _____

SEDE PRELIEVO / MATERIALE INVIATO: _____

QUESITO DIAGNOSTICO E NOTE CLINICHE: _____

ESAMI ISTOLOGICI E / O CITOLOGICI PRECEDENTI NO ☐ SI ☐ IN OSPEDALE: _____ ALTROVE (Diagnosi): _____

CONSEGNATO DA _____ A _____ IN DATA _____

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO DI ANATOMIA PATOLOGICA

RICERCHE ISTOCHIMICHE E IMMUNOISTOCHIMICHE:		N. VETR.	N. BLOC.	MATERIALE	N. ISTOLOGICO

DESCRIZIONE MACROSCOPICA:

MEDICO	TECNICO