



RICHIESTA ESAME CITO-ISTOLOGICO GENERICO

DATI ANAGRAFICI OBBLIGATORI (compilare o apporre etichetta):

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

REPARTO O SERVIZIO RICHIEDENTE _____

RICHIESTA DI ESAME: ISTOLOGICO ☐ CITOLOGICO ☐ INTRAOPERATORIO ☐

ESAME, SEDE O TIPO DI PRELIEVO (ELENCARE IN ORDINE NUMERICO PROGRESSIVO):

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | AGOBIOPSIA |
| <input type="checkbox"/> | AGOASPIRATO |
| <input type="checkbox"/> | BRONCOASPIRATO |
| <input type="checkbox"/> | BRUSHING |
| <input type="checkbox"/> | LIQUIDO PLEURICO |
| <input type="checkbox"/> | LIQUIDO PERITONEALE |
| <input type="checkbox"/> | LIQUIDO PERICARDICO |

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO |
| <input type="checkbox"/> | LIQUIDO ARTICOLARE |
| <input type="checkbox"/> | LIQUIDO DI LAVAGGIO |
| <input type="checkbox"/> | ESCREATO |
| <input type="checkbox"/> | URINA SPONTANEA |
| <input type="checkbox"/> | URINA DA CATETERE |
| <input type="checkbox"/> | ALTRO _____ |

1°	2°	3°	CAMPIONE
1°	2°	3°	CAMPIONE
1°	2°	3°	CAMPIONE

NOTIZIE CLINICHE:

FIRMA LEGGIBILE

DATA _____ DEL MEDICO _____