



RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO DI AGOBIOPSIE (VANCB) DELLA MAMMELLA

DATI ANAGRAFICI OBBLIGATORI (compilare o apporre etichetta):

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

REPARTO O SERVIZIO RICHIEDENTE _____

SEDE/QUADRANTE _____ MAMMELLA DESTRA SINISTRA

Ore	lungh. (mm)	Microcalcificazioni				Lesione		Class. Radiol.	
		+1/+2/+3	Ramif.. Grossol.	Clusters Gross.	Clusters fini	Stellata	Dist. Architett.	R	U
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

NOTIZIE CLINICHE:

FIRMA LEGGIBILE

DATA _____ DEL MEDICO _____