



## **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	lung. (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:**

---

---

---

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA **LEGGIBILE**  
DEL MEDICO \_\_\_\_\_