



RICHIESTA DI ESAME CITOLOGICO DELLA TIROIDE/COLLO

DATI ANAGRAFICI OBBLIGATORI (compilare o apporre etichetta):

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

REPARTO O SERVIZIO RICHIEDENTE _____

SEDE PRELIEVO

TIROIDE: LOBO DX LOBO SN ISTMO

PARATIROIDE LINFONODO NEOFORMAZIONE COLLO

ASPETTO MACROSCOPICO DEL MATERIALE

SOLIDO CORPUSCOLATO SIEROSO MISTO COLLOIDE EMATICO

NOTIZIE CLINICHE

CALCITONINA: SI (valore _____) NON DISPONIBILE

ANTICORPI: SI (valore _____) NO NON DISPONIBILE

NODULO SINGOLO GOZZO MULTINODULARE ALTRO _____

CARATTERISTICHE ECOGRAFICHE

SOLIDO MISTO LIQUIDO
 ISOECOGENO IPOECOGENO IPERECOGENO

CALCIFICAZIONI: MICRO MACRO

CONCLUSIONE ECOGRAFICA EUTIRADS: 1 2 3 4 5

ALTRI ELEMENTI DI SOSPETTO: _____

DIAGNOSI CLINICA: _____

RICHIESTA INDAGINI MOLECOLARI: _____

ALTRO: _____

FIRMA LEGGIBILE

DEL MEDICO _____

DATA _____