



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: _____

DATA _____

FIRMA **LEGGIBILE**
DEL MEDICO _____