



## RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO DI LINFONODO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Sesso \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_ Data richiesta \_\_\_\_\_  
Provenienza \_\_\_\_\_  
Medico Curante \_\_\_\_\_

**Obiettività linfonodale**  
(segnare sulla figura le sedi interessate)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Epatomegalia  Splenomegalia

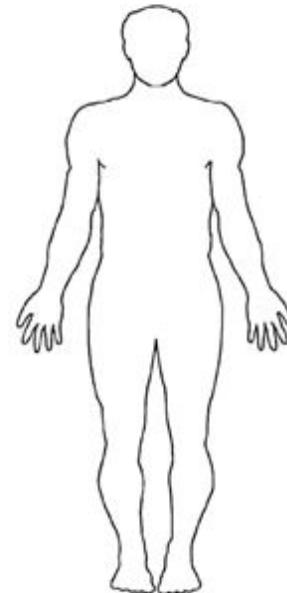
Sintomatologia associata  nessuna  
 sudorazioni  febbre  perdita di peso  
 prurito  altro

**Dati anamnestici e laboratoristici rilevanti**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sospetto clinico** \_\_\_\_\_



**Firma del Medico Curante**

---

### PARTE RISERVATA ALL' U.O. CHIRURGICA

**Descrizione dei caratteri macroscopici del/dei linfonodi asportati**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data asportazione \_\_\_\_\_

**Firma del Chirurgo**

---

### PARTE RISERVATA ALL' U.O. ANATOMIA PATHOLOGICA

- Valutazione citologia per Imprint  Esame estemporaneo  Prelievo per citometria a flusso  
 Materiale congelato  Esame microbiologico