

## 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

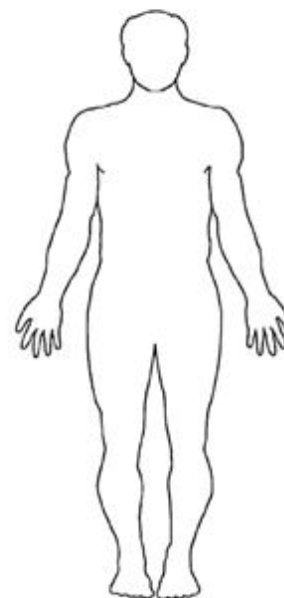
☐ sudorazioni

☐ febbre

☐ nessuna

☐ 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 PATOLOGICA

☐ Valutazione citologia per Imprint

☐ Esame estemporaneo

☐ Prelievo per citometria a flusso

☐ Materiale congelato

☐ Esame microbiologico