



## **RICHIESTA ESAME CITO/ISTOLOGICO EMATOLOGIA**

### **DATI ANAGRAFICI OBBLIGATORI (compilare o apporre etichetta)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

☐ **PAZIENTE INTERNO** ricoverato presso il reparto di \_\_\_\_\_

☐ **PAZIENTE ESTERNO** con impegnativa

### **MATERIALE INVIATO/RICHIESTA DI**

☐ **GRASSO PERIOMBELICALE** (ricerca amiloide) SU VETRINI **POLARIZZATI** GIA' STRISCIATI

☐ **BIOPSIA OSTEOMIDOLLARE**

☐ COLORAZIONE PER FERRO (**Pearls**) SU VETRINI **POLARIZZATI** GIA' STRISCIATI

☐ COLORAZIONE **MGG** SU VETRINO GIÀ STRISCIATO

**QUESITO CLINICO E ANAMNESI** \_\_\_\_\_

### **DATI CLINICI**

SINTOMI: \_\_\_\_\_

ESAME OBIETTIVO: \_\_\_\_\_

TERAPIE: \_\_\_\_\_

ALTRO: \_\_\_\_\_

### **ESAMI DI LABORATORIO**

Leucociti \_\_\_\_\_ x10<sup>9</sup>/L

Eritro \_\_\_\_\_ x10<sup>9</sup>/L

Hb \_\_\_\_\_ g/dL

HCT \_\_\_\_\_ %

PLT \_\_\_\_\_ x10<sup>9</sup>/L

Lin \_\_\_\_\_ x10<sup>9</sup>/L \_\_\_\_\_ %

Neu \_\_\_\_\_ x10<sup>9</sup>/L \_\_\_\_\_ %

Mon \_\_\_\_\_ x10<sup>9</sup>/L \_\_\_\_\_ %

Eos \_\_\_\_\_ x10<sup>9</sup>/L \_\_\_\_\_ %

Bas \_\_\_\_\_ x10<sup>9</sup>/L \_\_\_\_\_ %

CM \_\_\_\_\_ g/L Bence Jones \_\_\_\_\_

EPO \_\_\_\_\_

ALTRI \_\_\_\_\_

**CARIOTIPO** \_\_\_\_\_

**INDAGINI MOLECOLARI** \_\_\_\_\_

**ALTRO** \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

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