

**DATI ANAMNESTICI**DEL PAZIENTE CHE ESEGUE ESAME CITOLOGICO DELLE  
URINE**M AnP 014****Rev. 01****Pag. 1 di 2**

21.08.2019

**UOC ANATOMIA PATOLOGICA**

Direttore Dr.ssa Roberta Marchione

Via Manzoni n. 142, 25040 Esine (BS) Tel.: 0364.369255 - fax: 0364.369257

Si prega di compilare tale cartella clinica autoanamnestica al fine di una adeguata interpretazione del quadro morfologico citologico. I dati riportati, in ottemperanza alla legislazione vigente sono confidenziali, riservati al nostro archivio e protetti dal segreto professionale.

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**Data di nascita** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**Cod. Fisc.** \_\_\_\_\_

**NOTIZIE GENERALI**

**Fumatore**                      Sì     NO

**Esposizione professionale a sostanze tossiche**                      Sì     NO

Se si specificare quali \_\_\_\_\_

**SINTOMATOLOGIA CLINICA****NOTIZIE ANAMNESTICHE**

Ematuria (sangue nelle urine)                          Terapie antibiotiche recenti o in atto                     

Nefrolitiasi (calcoli renali)                          Sospetto ecografico di neoplasia                     

Infezioni frequenti (fornire documentazione)                          Altro                     

**FOLLOW-UP IN PREGRESSA NEOPLASIA UROTELIALE**

**Pregressa biopsia** ( se effettuata in altra sede) il \_\_\_\_\_ (se possibile allegare copia del referto)

Positiva                       Negativa

**Pregresso intervento chirurgico**

(specificare che tipo di intervento, dove e quando è stato fatto)

---

**Progressive terapie endovescicali:**

BCG Da \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_  
Chemioterapia  
Radioterapia  
Altro \_\_\_\_\_

**Cistoscopia** il \_\_\_\_\_  
Positiva  Negativa  Da ripetere  il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_