

Si prega di compilare il modulo in tutte le sue parti. Richieste incomplete, illeggibili, con la firma illeggibile o non firmate non saranno accettate.	Etichetta dati Paziente	Esame numero: (riservato all'Anatomia Patologica)
---	-------------------------	---

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_

Reparto o struttura sanitaria che richiede l'esame \_\_\_\_\_  Interno  
 Esterno

Materiale inviato: \_\_\_\_\_

Notizie cliniche e quesito diagnostico: \_\_\_\_\_

Eventuali esami precedenti: \_\_\_\_\_

**Quantità:** ml \_\_\_\_\_

**Aspetto**

**Colore:**  paglierino  ematico  oro  incolore  altro. \_\_\_\_\_

**Densità:**  limpido  sublimpido  torbido  mucoso  altro \_\_\_\_\_

**Altro:** \_\_\_\_\_

Destinatario della risposta (se diverso dal richiedente)

<b>Data prelievo</b>	<b>Firma di consegna</b>	<b>Sigla operatore AnP</b>	<b>Timbro e firma LEGGIBILE</b> il timbro può essere sostituito da scritta in stampatello
----------------------	--------------------------	----------------------------	---

**REPERTO CITOLOGICO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Visto da:** \_\_\_\_\_

**NOTE/COMMENTI:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Sigla / Firma Medico di macroscopica</b>	<b>Sigla / Firma Tecnico di macroscopica</b>	<b>Numero blocchetti</b>	<b>Numero vetrini</b>

<b>Riservato al Personale Tecnico</b>			
<b>Colorazioni routinarie (sigla operatore)</b>	<b>Colorazioni speciali (sigla operatore)</b>	<b>Immunoistochimica (sigla operatore)</b>	<b>Consegna (sigla operatore)</b>