

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	<input type="checkbox"/> Interno
	<input type="checkbox"/> Esterno

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

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

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

Spazio per schemi, disegni ecc.

Destinatario della risposta (se diverso dal richiedente)			Timbro e firma <b>LEGGIBILE</b> il timbro può essere sostituito da scritta in stampatello
Data prelievo	Firma di consegna	Sigla operatore AnP	

**Descrizione Macroscopica:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Descrizione microscopica e 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>