

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 LEGGIBILE 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:

Sigla / Firma Medico di macroscopica	Sigla / Firma Tecnico di macroscopica	Numero blocchetti	Numero vetrini

Riservato al Personale Tecnico			
Colorazioni routinarie (sigla operatore)	Colorazioni speciali (sigla operatore)	Immunoistochimica (sigla operatore)	Consegna (sigla operatore)