

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 \_\_\_\_\_

Inviato da Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  Interno  Esterno  LP

- Sede del prelievo***
- 1 \_\_\_\_\_  Incisionale  Escissionale  Shaving  Punch
- 2 \_\_\_\_\_  Incisionale  Escissionale  Shaving  Punch
- 3 \_\_\_\_\_  Incisionale  Escissionale  Shaving  Punch
- 4 \_\_\_\_\_  Incisionale  Escissionale  Shaving  Punch

<p><b><u>PATOLOGIA INFIAMMATORIA</u></b></p> <p>Caratteristiche della lesione: _____          _____          _____</p> <p>Durata: _____</p> <p>Sedi coinvolte: _____          _____</p> <p>Prurito: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Terapie in atto: topiche <input type="checkbox"/> sistemiche <input type="checkbox"/></p> <p>Sospetto clinico: _____          _____</p>	<p><b><u>PATOLOGIA NEOPLASTICA</u></b></p> <p>Sospetto clinico: _____          _____</p> <p><b><u>LESIONI PIGMENTATE</u></b></p> <p>Sospetto clinico: _____          _____</p> <p>Presenza di altre lesioni: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Osservazioni: _____          _____</p>		
<p>Destinatario della risposta (se diverso dal richiedente) _____</p> <p style="text-align: right;">Timbro e firma <b>LEGGIBILE</b>          il timbro può essere sostituito da scritta in stampatello</p>			
<p>Data prelievo</p>	<p>Firma di consegna</p>	<p>Sigla operatore AnP</p>	

**REPERTO ISTOLOGICO:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**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)