

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><u>PATOLOGIA INFIAMMATORIA</u></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><u>PATOLOGIA NEOPLASTICA</u></p> <p>Sospetto clinico: _____ _____</p> <p><u>LESIONI PIGMENTATE</u></p> <p>Sospetto clinico: _____ _____</p> <p>Presenza di altre lesioni: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Osservazioni: _____ _____</p>	
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

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)