



RICHIESTA ESAME ISTO-CITOLOGICO

P.O./ D.S.B. _____ U.O. /SERVIZIO _____

Al Servizio di Anatomia Patologica di: _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____ Indirizzo _____

Città _____ Recapito telefonico _____

**identificativo SDO oppure
nr. ricetta di esame istocitopatologico**

☐	Esterno SSN con impegnativa	☐	Pagante in proprio (ALPI)		
☐	Ricovero Ordinario	☐	Day Service	☐	Day Hospital

NUMERO CONTENITORI INVIATI: _____ ↓ Descrizione contenitore, numerato progressivamente ↓

NOTIZIE CLINICHE ESSENZIALI _____

ESAMI CITO/ISTOLOGICI PRECEDENTI _____

RISCHIO BIOLOGICO _____

EVENTUALI ALTRI REPARTI A CUI INVIARE COPIA REFERTO _____

Luogo e data _____/____/____

MEDICO RICHIEDENTE

TIMBRO E FIRMA