



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE SICILIA  
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento  
P. Iva e C.F.02570930848

ALLEGATO 1

## 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