



SCHEDA TRASPORTO MATERIALE CITO-ISTOLOGICO

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

BOX Contenitore Terziario

Al Servizio di Anatomia Patologica di: _____

N°	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	DATA DI PRELIEVO	U.O. RICHIEDENTE	N° CON- TENITORI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
Luogo _____ :: _____ Data ____/____/____				Totale campioni	

Firma Sanitario e timbro U.O.	U.O. di Anatomia Patologica Firma per presa consegna
--	--