

Richiesta Esame CITOLOGICO

Struttura Richiedente _____
PEC Struttura _____
Medico Richiedente _____
Utente _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____
In _____ Numero civico _____
Codice Fiscale _____

- Tipo e Sede Prelievo
- AGOASPIRATO TIROIDE
 - ASPIRAZIONE LIQUIDO CAVITA' PLEURICA
 - ASPIRAZIONE LIQUIDO CAVITA' PERITONEALE
 - CITOLOGIA POLMONARE
 - CITOLOGIA MAMMARIA
 - SECRETO MAMMARIO
 - CITOLOGIA URINARIA

Quesito diagnostico _____

Notizie cliniche _____

Esami precedenti
(citologici e/o istologici. Indicare: diagnosi, data e sede di esecuzione. N° _____)

Notifica di rischio biologico _____

Data PRELIEVO _____

AREA RISERVATA - Compilazione a cura di LupoLab Srl

Data ACCETTAZIONE _____

Firma Richiedente _____

Numero ACCETTAZIONE **CITO/** _____