

Ospedale "Alfredo Fiorini" - Terracina	Laboratorio di Anatomia e Istologia Patologica e Citologica Primario Dr. _____	N. _____ Ricevuto il _____ Esami precedenti _____
RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO O CITOLOGICO		
Paziente Interno _____	Paziente Esterno _____	
Divisione/Ente _____		Reparto di appartenenza _____
Divisione _____ Sez. _____ Letto _____ CC _____ Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Residente in _____ Via _____ Tel _____	Riservato al laboratorio	Inclusioni N. _____ Ritagli _____ Colorazioni Speciali _____
MATERIALE INVIATO		
1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____		
NOTIZIE CLINICHE		
FIRMA		
_____		Data _____
TOP 1)	_____	
TOP 2)	_____	
TOP 3)	_____	
Es. Istologico Col. speciali Camp. successivi REGISTRO TUMORI Analisi immuno-istocl. Intraoperatoria N. inclusioni	_____	
N. vetrini Citologico extra-vaginale Pap-test Citologico su agoaspirato Esecuzione prelievo	_____	