

Ospedale "San Giovanni di Dio" - Fondi	<b>Laboratorio di Anatomia e Istologia                  Patologica e Citologica</b>  Primario Dr. _____	N. _____  Ricevuto il _____  Esami precedenti _____
<b>RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO O CITOLOGICO</b>		
<b>Paziente Interno</b>	<b>Paziente Esterno</b>	
<b>Divisione/Ente</b> _____		<b>Reparto di appartenenza</b> _____
Divisione _____ Sez. _____ Letto _____ CC _____ Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Residente in _____ Via _____ Tel _____		Inclusioni N. _____  Ritagli _____  Colorazioni Speciali _____
<b>MATERIALE INVIATO</b>		Riservato al laboratorio
1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____		
<b>NOTIZIE CLINICHE</b>		
<b>FIRMA</b>		
_____		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	_____	