

LOGO usl

REGIONE

Alla UOC DI ANATOMIA
E ISTOLOGIA PATOLOGICA
AZ U.S.L. RM D - OSPEDALE G.B. GRASSI

N.B.: richieste con COGNOME e NOME
scritti non a stampatello
verranno respinte

RICHIESTA DI ESAME CITOLOGICO
 ISTOLOGICO

Reparto Letto

Cognome Nome
(STAMPATELLO) (STAMPATELLO)

Data di nascita / / Sesso M F

Dati clinici e di laboratorio

Data ultima mestruazione / /

Materiale inviato

Tipo di intervento

Orientamento clinico

Prelevato il giorno / / Fissazione in

Precedenti esami istologici o citologici SI NO Data / /

Esito

Data / / IL MEDICO RICHIEDENTE

(Timbro e firma)

Esame N° del / /

Data vetrini / / h. N° di inclusioni

Istochimica Immunocitochimica

Osservazioni

Reperto macroscopico

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Campionamento

.....

.....

.....

.....

Reperto microscopico

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

