



**Lab. Citoistologico
dr. Alberto SCANAGATTA**

MO 24 RICHIESTA DI ESAMI CITO-ISTOLOGICI

MEDICO/ISTITUZIONE INVIANTE DATA CLINICA

.....

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

TEL _____

INDIRIZZO _____

C.F. _____

CITOLOGIA

MATERIALE INVIATO

Es. Espettorato

Es. Urina

Es. Liquido pleurico

Es. Liquido ascitico

Agoaspirato

Agoaspirato in Eco

ISTOLOGIA

MATERIALE INVIATO

Biopsia

chirurgica.....

Biopsia

endoscopica.....

Pezzo

operatorio.....

Es.

estemporaneo.....

DATI CLINICI

.....

.....

QUESITI DIAGNOSTICI

.....

.....

.....

Via Cefalonia, 6 – 37126 VERONA – Tel 0458302592 – Fax 0458305629