



Servizio di:
 Anatomia, Istologia, Citologia Patologica
 Tel. 0736 358430 - 472 - 473
 Ospedale "C. e G. Mazzoni"

--	--	--	--	--	--	--	--

ASCOLI PICENO
 MARCHE

RICHIESTA DI ESAME ISTOPATOLOGICO

PAZIENTE

RICOVERATO
 AMBULATORIALE



N° SPEDALITÀ

--	--	--	--	--	--	--	--

g. m. a.

Cognome e Nome (scrivere in stampatello) Sesso Data di nascita

Nato a Prov. Residente a a

Via N° Prov. Tel.

Sede esatta del Prelievo:

.....

Notizie cliniche: Data inizio della lesione: _____

.....

PRESTAZIONI	
CODICE	N°

Sintomi:

Diagnosi clinica:

Eventuale terapia effettuata:

Esami di laboratorio significativi:

Eventuale disegno con riferimenti topografici:

Data ultima mestruazione: _____

Esami istologici precedenti NO SI N° _____

Data _____ Firma leggibile _____ (Medico richiedente)

Reparto (cui va indirizzata la risposta)	Medico interessato al caso (scrivere in stampatello)
--	--