

RICHIESTA ESAME CITO-ISTOLOGICO

COGNOME _____ NOME _____ SESSO M F

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN VIA _____

CITTA' _____ PROVINCIA _____

CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELFONICO _____

SEDE ESATTA DEL PRELIEVO _____

NOTIZIE CLINICHE _____

DIAGNOSI CLINICA _____

EVENTUALE TERAPIA EFFETTUATA _____

EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO SIGNIFICATIVI _____

EVENTUALE DISEGNO CON RIFERIMENTI TOPOGRAFICI:

U.M. _____

ESAMI ISTOLOGICI PRECEDENTI **NO** **SI** _____

DATA PRELIEVO _____

MEDICO RICHIEDENTE
