

**All'Unità Operativa di Anatomia Patologica**

Presidio Ospedaliero "San Martino" ASL 5 ORISTANO

ESAME N° \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI ESAME**☐ Istologico☐ Routine☐ Estemporaneo☐ Citologico

Paziente ricoverato <input type="checkbox"/>	ricovero ordinario <input type="checkbox"/>	DH <input type="checkbox"/>	Cartella n° _____
Paziente esterno <input type="checkbox"/>	ambulatoriale <input type="checkbox"/>	libero professionale <input type="checkbox"/>	SSN <input type="checkbox"/>
Ticket n° _____		Euro _____	Esenzione _____

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città' \_\_\_\_\_

N° di telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

TIPO DI PRELIEVO:	<input type="checkbox"/> fresco	<input type="checkbox"/> fissato in formalina 10%	<input type="checkbox"/> altro _____ ore _____
	<input type="checkbox"/> Agobiopsia	<input type="checkbox"/> Biopsia unica	<input type="checkbox"/> Biopsia multipla <input type="checkbox"/> Curettage
	<input type="checkbox"/> Asportazione	<input type="checkbox"/> Resezione	<input type="checkbox"/> _____

**SEDE ANATOMICA DEI PRELIEVI INVIATI**

(segnalare la lateralità e, se prelievi multipli, il numero)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_

**INDICAZIONI TOPOGRAFICHE - REPERI CHIRURGICI****CARATTERISTICHE DI CRESCITA DELLA LESIONE****NOTIZIE CLINICHE E DATI ANAMNESTICI****SOSPETTO CLINICO** \_\_\_\_\_

PRECEDENTI ESAMI CITO-ISTOLOGICI \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_

*Riservato all'Anatomia Patologica*

### DESCRIZIONE MACROSCOPICA

[illegible]

Data riduzione \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_ TECNICO: \_\_\_\_\_

Contenitore    **conservato** ☐                      **Eliminato** ☐                      n° prelievi \_\_\_\_\_

Verifica dopo riduzione	Verifica dopo inclusione

Colorazioni speciali \_\_\_\_\_  
**Immunistoichimica** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

DATA DI REFERTAZIONE \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_