

RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO - BIOPSIA ILEO-COLICA (IBD/non IBD-non infettive)

Paziente ricoverato ☐ Cartella n° _____
Paziente esterno ☐ 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 _____

DATI ANAMNESTICI : (specificare i sintomi o le patologie associate che hanno motivato l'esecuzione dell'esame)

Sintomi: Febbre ☐ Perdita di peso ☐ Dolore addominale ☐ Urgenza evacuativa ☐ Tenesmo rettale ☐

Diarrea: n° di scariche _____/die caratteristiche: Muco ☐ Sangue ☐

Sintomi sistemici extraintestinali _____

Malattie autoimmuni _____

Terapia recente: si ☐ no ☐ FANS: Occasionale ☐ Continuativo ☐ Altro _____

Terapia in corso: Mesalazina ☐ Corticosteroidi ☐ Azatioprina ☐ Biologici ☐

Es. emocromocitometrico allegato: si ☐ no ☐ GB _____ GR _____ Hct _____ Hb _____ MCV _____ PLT _____

PCR _____ VES _____ elettroforesi sieroproteica _____

Esame colturale delle feci: si ☐ no ☐ C.difficile ☐ Campylobacter ☐ E. Coli ☐ Altro _____

SOF : si ☐ no ☐ Calprotectina _____

Es. diagnostici per immagini _____

DATI ENDOSCOPICI: scheda allegata si ☐ no ☐ specificare se: I° diagnosi ☐ Follow-up ☐

MATERIALE INVIATO:

specificare la sede delle biopsie (Ileo 1, Ceco 2, Ascendente 3, trasverso 4, Discendente. 5, Sigma 6, Retto 7, 8 Altro)

1) _____ Riservato An. Patologica _____

2) _____ Riservato An. Patologica _____

3) _____ Riservato An. Patologica _____

4) _____ Riservato An. Patologica _____

5) _____ Riservato An. Patologica _____

6) _____ Riservato An. Patologica _____

7) _____ Riservato An. Patologica _____

8) _____ Riservato An. Patologica _____

Firma del Richiedente
