

All'Unità Operativa di Anatomia Patologica  
Presidio Ospedaliero "San Martino" ASSL ORISTANO

ESAME N° \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI ESAME - MAMMELLA** ☐ Istologico ☐ Routine ☐ Estemporanea  
☐ Citologico

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' \_\_\_\_\_

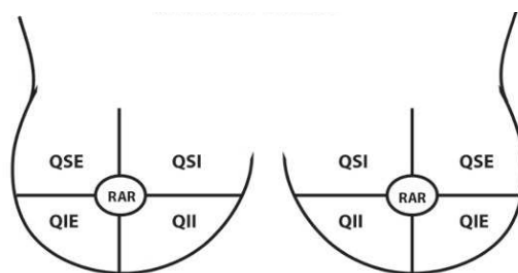
N° di telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**TIPO DI PRELIEVO:** ☐ fresco ☐ fissato in formalina 10% ore \_\_\_\_\_ ☐ altro \_\_\_\_\_  
☐ Agoaspirato ☐ Agobiopsia ☐ Biopsia unica ☐ Biopsia multipla  
☐ Mastectomia sottocutanea ☐ Nodulesctomia ☐ Quadrantectomia  
☐ Mastectomia semplice ☐ Mastectomia allargata ☐ Linfonodo

### SEDE ANATOMICA DEI PRELIEVI INVIATI

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

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_



### INDICAZIONI TOPOGRAFICHE - REPERI CHIRURGICI

Margine superiore: \_\_\_\_\_ Margine inferiore \_\_\_\_\_

Margine mediale: \_\_\_\_\_ Margine laterale \_\_\_\_\_

Margine profondo/verso la fascia \_\_\_\_\_ Margine superficiale/verso la cute \_\_\_\_\_

Margine retroareolare /verso il capezzolo \_\_\_\_\_ Prolungamento ascellare \_\_\_\_\_

Linfonodi II/ III livello N.B In assenza di cute indicare ALMENO tre reperi

### CARATTERISTICHE DI CRESCITA DELLA LESIONE

Dimensioni cliniche \_\_\_\_\_ mm Nodulo unico \_\_\_\_\_ Multiplo \_\_\_\_\_

Mammografia R \_\_\_\_\_ Ecografia U \_\_\_\_\_

### NOTIZIE CLINICHE E DATI ANAMNESTICI

\_\_\_\_\_

**SOSPETTO CLINICO** \_\_\_\_\_

PRECEDENTI ESAMI CITO/ISTOLOGICI \_\_\_\_\_

