



Lab. Citoistologico  
dr. Alberto SCANAGATTA

MO 24 RICHIESTA DI ESAMI CITO-ISTOLOGICI

MEDICO/ISTITUZIONE INVIANTE

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

CITOLOGIA      MATERIALE INVIATO

Es. Espettorato       Es. Urina

Es. Liquido pleurico       Es. Liquido ascitico

Agoaspirato       Agoaspirato in Eco

ISTOLOGIA      MATERIALE INVIATO

Biopsia chirurgica.....

Biopsia endoscopica.....

Pezzo operatorio.....

Es. estemporaneo.....

DATI CLINICI .....

.....

.....

QUESITI DIAGNOSTICI

.....

.....

.....

Via Cefalonia, 6 – 37126 VERONA – Tel 0458302592 – Fax 0458305629