

ESAME ISTOLOGICO

COGNOME																													
NOME																													
DATA DI NASCITA											CODICE FISCALE																		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
LUOGO DI NASCITA																													

CODICE CENTRO	NUMERO SCHEDA ACCETTAZIONE	PROCEDURA SMISTAMENTO
2084		
MEDICO		OPERATORE
GIORNO RITIRO		

<input type="checkbox"/> BIOPSIA Vedi Vademecum	<input type="checkbox"/> PEZZO OPERATORIO Vedi Vademecum	<input type="checkbox"/> PANNELLO MAMMELLA IN10260	<input type="checkbox"/> PANNELLO LINFONODO IN10233
<input type="checkbox"/> ESAME CRIOSTATICO IN10188	<input type="checkbox"/> CONSULENZA ISTOLOGICA IN10076	<input type="checkbox"/> HER2/neu SISH IN10190	<input type="checkbox"/> HERCEPT-TEST IN10020

Sede del materiale	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---------------------------	--

- Notizie cliniche -	
Motivi della richiesta:
Patologie familiari, lavorative e oncologiche (Mammelle, colon, ovaie, altro)
Malattie ed infezioni:	<input type="checkbox"/> Pregresse Quali? <input type="checkbox"/> In atto Quali?
QUESITI PARTICOLARI:

**SI RICORDA CHE IL MATERIALE DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE FISSATO IN FORMALINA
E PERVENIRE IN APPOSITO/I CONTENITORE/I A TENUTA**