

RICHIESTA CONSULENZA ANATOMO-PATOLOGICA PER REVISIONE

DATI IDENTIFICATIVI PAZIENTE

COGNOME..... NOME.....

SESSO M F DATA DI NASCITA/...../.....

COMUNE DI NASCITA.....RESIDENZA.....

CF.....RECAPITOTELEFONICO..... EMAIL:.....

DATI IDENTIFICATIVI DELEGATO ALLA CONSEGNA

COGNOME.....NOME.....

SESSO M F DATA DI NASCITA/...../.....

CF.....DOCUMENTO DI IDENTITA' n.....

DATI IDENTIFICATIVI STRUTTURA SANITARIA INVIANTE

REPARTO MEDICO RICHIEDENTE.....

INDIRIZZO

N. TELEFONICO E-MAIL:.....

MATERIALE CONSEGNATO/INVIATO

- BLOCCO IN PARAFFINA.....
- VETRINI.....
- PRELIEVO SANGUE EDTA.....

INDAGINI RICHIESTE

- CONSULENZA ANATOMO-PATOLOGICA
- INDAGINI IMMUNOISTOCHEMICHE
- INDAGINI MOLECOLARI

RISERVATO AL LABORATORIO/SEGRETERIA

CONSEGNA MATERIALE /ARRIVO SPEDIZIONE

DATA.....

Ora.....

NOME E COGNOME DI CHI RITIRA:

FIRMA:

NOTE: