

MODULO RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO

Richiesto da: _____
(Clinica/Ambulatorio)

Dati del Paziente

Cognome: _____ Nome: _____

Data di Nascita: _____

Medico Prelevatore: Dott. _____

Materiale inviato e sede del prelievo

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Sospetto clinico e quesito diagnostico:

Data _____

Firma del Medico

