| Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest | MODULO<br>RICHIESTA<br>ESAME ISTOLOGICO / MOLECOLARE / CITOLOGICO | Cod.Mod1POANP01<br>Data: 22/08/18<br>pag. 1 | Rev.:0<br><br>di: 1 |
|---|---|---|---|

N.....

Data acc.....

| Cognome e nome<br><br>☐ M ☐F | Luogo e data di nascita |
|---|---|
| n. ricovero/n. Tess. Sanitaria/Cod. Fisc. | |

| Provenienza | Regime |
|---|---|
| ☐ H. Treviglio ☐ H. Romano<br>☐ altra struttura..... | ☐ Ricovero ☐Ambulatoriale<br>☐ Libera professione<br>☐ Altro..... |

| **MATERIALE INVIATO:**<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | Riferimenti topografici |
|---|---|
| **☐ BIOPSIA** **☐ ESAME ESTEMPORANEO**<br>**☐ PEZZO OPERATORIO** **☐ TECNICHE SPECIALI**<br>**☐ ESAME CITOLOGICO** **☐ CONSULENZA** | |

I campioni devono pervenire in contenitori monouso con chiusura ermetica a norma CE IVD a loro volta riposti negli appositi sacchetti per il trasporto di materiale biologico.
I campioni istologici devono essere inviati in Formalina tamponata al 10% con tampone fosfato pH 7,2 e osmolarità 1500 mOsm.

Notizie cliniche:.....
.....
.....
.....

Diagnosi clinica e quesiti evenutali:.....
.....
.....
.....
.....

Esami precedenti:.....
.....
.....

Data..... Il medico richiedente

Timbro e firma

MITTENTE (Struttura a cui va inviata la risposta e Medico referente)

**N.B Tutti i campi devono essere compilati pena la mancata accettazione**