

RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO – REGIME AMBULATORIALE

Specificare il tipo di erogazione: SSN LIBERA PROFESSIONE

AMBULATORIO: _____ Ospedale: _____

Cognome e Nome _____ genere M F

nato/a il _____ a _____ Indirizzo _____

CODICE FISCALE _____ e-mail _____ Tel. _____

Pezzo operatorio **Biopsia** **Specificare il tipo di campione (se prelievo multiplo)**

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Dati anamnestici e reperti obiettivi

Esiti di indagini (radiologiche/di laboratorio, etc.):

Esami precedenti eseguiti:

presso l'Anatomia Patologica dell'ASST Bergamo Est

Altrove (specificare):

Tipologia di esame: Bioptici **Citologici**

Diagnosi clinica sospetta (specificare):

DATA / /

TIMBRO, FIRMA DEL MEDICO:

RECAPITO TELEFONICO:

Io sottoscritto _____ dichiaro:

di voler ritirare il referto con una delle seguenti modalità:

- **visualizzazione del referto sul fascicolo elettronico**
- **ritiro del referto cartaceo presso il CUP**

Firma dell'utente

Parte riservata all'Anatomia Patologica:

RICHIESTA ESAME _____ **Pervenuto** _____