

RICHIESTA DI ESAME CITOLOGICO – REGIME AMBULATORIALE

Specificare il tipo di erogazione: **SSN** **LIBERA PROFESSIONE**

AMBULATORIO: _____ Ospedale: _____

Cognome e Nome _____ genere M F

e-mail: _____

nato/a il _____ a _____ Tel. _____

CODICE FISCALE _____ Indirizzo _____

Tipo di campione

Espectorato Broncoaspirato (destra / sinistra) Spazzolatura bronchiale (destra / sinistra)

Liquido ascitico Liquido pleurico (destra/sinistra)

Midollo osseo da (specificare parte anatomica) _____

Altro (specificare): _____

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** _____