

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Direzione Sanitaria MODULO DI RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO	Mod. 0060	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>anatomia patologica</i>	
		Rev. 04	del 30/10/25

DATA INTERVENTO: _____ REPARTO: _____

MEDICO RICHIEDENTE: _____

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO A: _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____

IN VIA: _____

COD. PAZIENTE: _____ CODICE FISCALE: _____

NOTIZIE CLINICHE: _____

TIPO INTERVENTO: _____

TIPO ESAME RICHIESTO: _____

Bra, li _____

Firma Chirurgo _____ Firma Infermiere _____

Firma Trasportatore _____ Firma Ricevuta _____