


| | | |
|---|--|---|
|  A.S.L. CN1 <small>Azienda Sanitaria Locale di Cuneo, Mondovì e Savigliano</small> | MOD _{DSP} 004 Registro di Richiesta Esami Istologici e Citologici | Coordinamento Presidi ASL CN 1 Data di emissione: Ottobre 2011 |
| | Correlata alla IO _{SSAN} 001 Identificazione dei campioni chirurgici in sala operatoria e relativi documenti di registrazione e trasporto | Revisione n. 01 Ottobre 2020 |

REGISTRO DI RICHIESTA ESAMI ISTOLOGICI E CITOLOGICI

(Compilare una richiesta per ogni esame)


N.

Blocco Operatorio/Servizio

Sede di

dal n. del

al n. del

| | | |
|---|---|---|
|  A.S.L. CN1 Azienda Sanitaria Locale di Cuneo, Mondovì e Savigliano | MOD _{DSP} 004 Registro di Richiesta Esami Istologici e Citologici | Coordinamento Presidi ASL CN 1 Data di emissione: Ottobre 2011 |
| | Correlata alla IO _{SSAN} 001 Identificazione dei campioni chirurgici in sala operatoria e relativi documenti di registrazione e trasporto | Revisione n. 01 Ottobre 2020 |

| | |
|-------------|----------------|
| REGISTRO N° | N° Progressivo |
|-------------|----------------|

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|--|--|--------------------------|--------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|
| Dati paziente da compilare o applicare etichetta | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome | | | | | Nome | | | | | Sesso | | | |
| Codice di Anonimizzazione | | | | | | | | | | | | | |
| Data Nascita |/...../..... | | | | Luogo Nascita | | | | | Provincia | | | |
| Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | |
| Luogo di Residenza | | | | | Indirizzo | | | | | N° Civico | | | |
| OSCURAMENTO PAZIENTE per singolo episodio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | Indicare eventuale oscuramento per • Tossicodipendenza SI <input type="checkbox"/> • HIV SI <input type="checkbox"/> • Violenza subita SI <input type="checkbox"/> • IVG SI <input type="checkbox"/> | | | | |
| Reparto di ricovero o PS | | | | Ambulatorio | | | | Sede di | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Richiesta di esame citologico <input type="checkbox"/> Richiesta di esame istologico | | | | | | | | | | | | | |
| Inoltrata al servizio di Anatomia Patologica sede di | | | | | | | | | | | | | |
| Notizie cliniche: Indagini effettuate: Precedenti esami cito-istologici: Per gli esami ostetrico ginecologici: Parità UM: Sospetto clinico: | | | | | | | | | | | | | |
| Sede anatomica del prelievo: Materiale inviato - Specificare numero e identificazione dei campioni: | | | | | | | | | | | | | |
| Firma leggibile medico o timbro | | | | Firma Infermiere di sala | | | | Firma per ricevuta Anatomia Patologica | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Data |/...../..... | | | | Medico Richiedente | | | | | | | | |