

H09

Paziente		Richiedente	
Nr. paziente studio medico: _____		<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Marcare in nero Non utilizzare pennarelli! </div>	
<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> bambino >> padre/madre _____			
Cognome	_____		
Nome	_____		
Indirizzo	_____		
NPA/Città	_____		
c/o	_____		
Data di nascita	____/____/____ Cell. _____		
E-Mail	_____		
Nr. AVS	_____		
Elaborazione del referto		Fattura a	
<input type="checkbox"/> Per telefono Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Via fax Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Copia dei risultati a: _____		<input type="checkbox"/> Cassa malati _____ Nr. Assicurato _____ <input type="checkbox"/> Ass. infortuni _____ Nr. di caso/sinistro _____ Data infortunio _____ <input type="checkbox"/> Ospedale (paziente stazionario) <input type="checkbox"/> semiprivato/privato <input type="checkbox"/> comune ID (Nr. di caso) _____ <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Altro destinatario	
Esami precedenti (Istituto/Nr. di referto) _____			
Forfait ambulatoriale: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì → Se sì: indicare il codice del forfait (6 cifre): _____			

Dermatopatologia

Materiale del campione/ Dati clinici / Quesito diagnostico

Data del prelievo: _____		Ora del Prelievo: _____	
Fissazione in:	<input type="checkbox"/> Formalina	<input type="checkbox"/> Immunfluorescenza diretta (DIF, non fissato)	
Materiale:	<input type="checkbox"/> Biopsia	<input type="checkbox"/> Shave / Curettage	<input type="checkbox"/> Resezione <input type="checkbox"/> Escissione
Altro:	<input type="checkbox"/> Estemporanea	<input type="checkbox"/> Foto richiesta	<input type="checkbox"/> Controllo del margine di resezione
Dati clinici / Quesito diagnostico			
_____ _____ _____ _____			
Localizzazione (Schemi sul retro)		Quesito diagnostico	
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____

Localizzazione	Quesito diagnostico
4.	4.
5.	5.

