

Dermatopatologia

MEDICA Pathologie
Hottingerstrasse 9/11, 8032 Zürich
Tel. 044 269 99 88
medica.ch/pathologie

43



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

H09

| Paziente | | Richiedente | |
|---|----------------------------|---|--|
| Nr. paziente studio medico: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> bambino >> padre/madre _____ | | | |
| Cognome | _____ | Medico curante: _____ E-Mail: _____ | |
| Nome | _____ | | |
| Indirizzo | _____ | Fattura a | |
| NPA/Città | _____ | | |
| c/o | _____ | <input type="checkbox"/> Cassa malati _____ Nr. Assicurato _____ | |
| Data di nascita | ____/____/____ Cell. _____ | <input type="checkbox"/> Ass. infortuni _____ Nr. di caso/sinistro _____ Data infortunio _____ | |
| E-Mail | _____ | <input type="checkbox"/> Ospedale (paziente stazionario) _____ <input type="checkbox"/> semiprivato/privato <input type="checkbox"/> comune ID (Nr. di caso) _____ | |
| Nr. AVS | _____ | <input type="checkbox"/> Paziente _____ | |
| Elaborazione del referto | | <input type="checkbox"/> Richiedente _____ | |
| <input type="checkbox"/> Per telefono Nr.: _____ | | <input type="checkbox"/> Altro destinatario _____ | |
| <input type="checkbox"/> Via fax Nr.: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Copia dei risultati a: _____ | | | |
| 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): _____ | | | |

Marcare in **nero**

Non utilizzare pennarelli!

Dermatopatologia

Materiale del campione/ Dati clinici / Quesito diagnostico

| Data del prelievo: | Ora del Prelievo: |
|---|-------------------|
| Fissazione in: <input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Immunofluorescenza 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. | |

