

	Sala Operatoria MODULO DI RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO	Mod. 0059	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>istologico</i>	
		Rev. 00	del 31/10/2024

SPETT.LE SERVIZIO DI _____

REPARTO: _____

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO A: _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____

IN VIA: _____

COD. PAZIENTE: _____ N° CODICE FISCALE: _____

NOTIZIE CLINICHE: _____

TIPO INTERVENTO: _____

TIPO ESAME RICHIESTO: _____

CASALE M.TO, LI _____

FIRMA CHIRURGO _____ FIRMA INFERMIERE _____

FIRMA TRASPORTATORE _____ FIRMA RICEVUTA _____