



Ente Ospedaliero Cantonale

Paziente (etichette) M F
Nome e Cognome

Data di nascita

Indirizzo (via, NPA, Località)

Medico richiedente (timbro)

Copia del referto a:

1. _____
2. _____
3. _____

Assicurazione Malattia:

- degente
 ambulatoriale

Data del prelievo:

Analisi precedenti: (Istituto, n. analisi)

Notizie cliniche, domande e richieste particolari

Dimensione della lesione _____

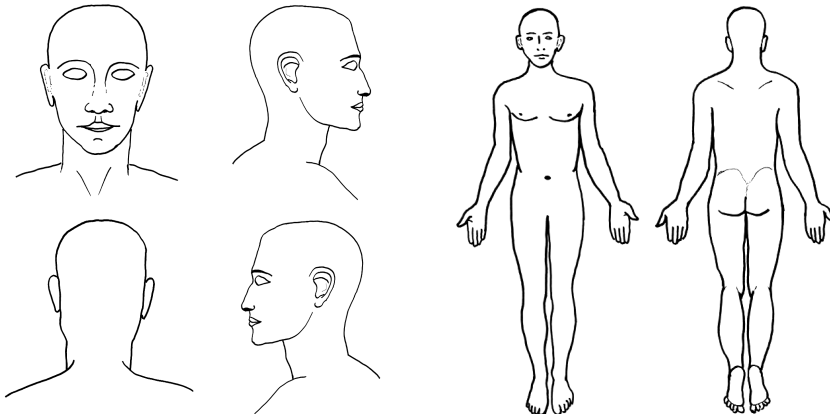
Durata dell'affezione _____

Foto reperto clinico allegata per e-mail

Materiale inviato (tipo e sede del prelievo)

Biopsia Exeresi Radicalizzazione Shave/curettage

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Osservazioni

Ulteriori prelievi

Biopsia *Exeresi* *Radicalizzazione* *Shave/curettage*

- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____

