



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**

**Materiale inviato (tipo e sede del prelievo)**

- Agobiopsia   
  Agobiopsia vacuum assist.   
  Biopsia   
  EBUS   
  Altro  
 Exeresi   
  Raschiamento   
  Resezione   
  TUR

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

**Osservazioni**

**Ulteriore materiale inviato (tipo e sede del prelievo)**

- |                                     |  |                                    |                               |                                |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agobiopsia | <input type="checkbox"/> Agobiopsia vacuum assist. | <input type="checkbox"/> Biopsia   | <input type="checkbox"/> EBUS | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Exeresi    | <input type="checkbox"/> Raschiamento              | <input type="checkbox"/> Resezione | <input type="checkbox"/> TUR  |                                |

- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_
- 11. \_\_\_\_\_
- 12. \_\_\_\_\_
- 13. \_\_\_\_\_
- 14. \_\_\_\_\_
- 15. \_\_\_\_\_
- 16. \_\_\_\_\_

