



<p>Paziente (etichetta) Nome e cognome </p> <p>Data di nascita </p> <p>Indirizzo (via, NPA, località) </p> <p><input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio</p> <p><input type="checkbox"/> degente <input type="checkbox"/> ambulatoriale</p>	<p>Medico richiedente (timbro)</p> <p>Copia del referto a: 1. 2. 3.</p>
<p>Assicurazione Malattia: </p>	<p>Numero assicurato: </p>
<p>Data del prelievo: </p>	<p>Analisi precedenti: (Istituto, n. analisi): </p>

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):

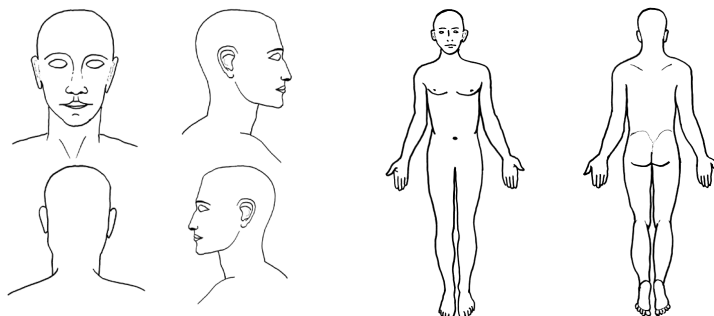
Biopsia Exeresi. Radicalizzazione Shave/curettage

1.

2.

3.

4.



Via in Selva 24 – 6601 Locarno – Tel +41 (0)91 811 42 11 – LaboratoriIstologiaDermatopatologia.patologia@eoc.ch

Osservazioni:

Ulteriore prelievi:

- Biopsia
 Exeresi.
 Radicalizzazione
 Shave/curettage

5.
6.
7.
8.

