



<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:

Materiale inviato (tipo e sede del prelievo):

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

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

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

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"/> Exeresii. | <input type="checkbox"/> Raschiamento | <input type="checkbox"/> Resezione | <input type="checkbox"/> TUR | |

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

