

PAZIENTE (Etichetta / Completare)

Nome: _____
 Nome da nubile: _____
 Cognome: _____
 Data di nascita: _____
☐ Donna ☐ Uomo
 Strada, n°: _____
 CP, città: _____
 ID paziente: _____
 Assicurazione: _____

Fattura a: ☐ Paziente ☐ Assicurazione ☐ Prescrittore

Fissaggio: ☐ Formaldeide 4%

Infettivo: ☐ HIV ☐ HCV ☐ TBC

Trattamenti: _____

Prelevato il Data: _____ Ora: _____

PRESCRITTORE (Timbro/Etichetta/Completare)

Nome: _____
 Cognome: _____
 Strada, n°: _____
 CP, città: _____
 Telefono: _____
 Email HIN: _____

Copia a: _____

☐ **URGENTE**

Tel: _____

RISERVATO AL LABORATORIO

Data/Ora di ricezione: _____

Numero di bottiglie ricevute: _____

INFORMAZIONI CLINICHE

MATERIALE 1

☐ Escissione	☐ Biopsia	☐ Shave
☐ Sottocut.	☐ Cutaneo	☐ Sinistro
☐ Dito	☐ Mano	☐ Destro
☐ Dito piede	☐ Avambraccio	☐ Braccio
☐ Dorso	☐ Gamba	☐ Coscia
☐ Fianchi	☐ Addome	☐ Petto
☐ Collo	☐ Testa	

Precisione : _____

MATERIALE 2

☐ Escissione	☐ Biopsia	☐ Shave
☐ Sottocut.	☐ Cutaneo	☐ Sinistro
☐ Dito	☐ Mano	☐ Destro
☐ Dito piede	☐ Avambraccio	☐ Braccio
☐ Dorso	☐ Gamba	☐ Coscia
☐ Fianchi	☐ Addome	☐ Petto
☐ Collo	☐ Testa	

Precisione : _____

MATERIALE 3

☐ Escissione	☐ Biopsia	☐ Shave
☐ Sottocut.	☐ Cutaneo	☐ Sinistro
☐ Dito	☐ Mano	☐ Destro
☐ Dito piede	☐ Avambraccio	☐ Braccio
☐ Dorso	☐ Gamba	☐ Coscia
☐ Fianchi	☐ Addome	☐ Petto
☐ Collo	☐ Testa	

Precisione : _____

