

**RICHIESTA DI PREPARATI ISTO-CITOPATOLOGICI
PER CONSULENZA PRESSO ALTRI ISTITUTI**

Il/la sottoscritto/a in veste di:

- Paziente
- Familiare del paziente (specificare parentela):
- Medico specialista
- Medico operante nella struttura sanitaria:

.....

contatto telefonico

richiede per revisione i seguenti preparati relativi al/alla paziente Sig./Sig.ra:

..... nato/a il:

- Vetrini citologici colorati Papanicolau
- Vetrini istologici con sezioni colorate E/E
- Vetrini istologici con sezioni in bianco
- Blocchetti di paraffina

con riferimento al ns. referto n° del:

Il consulto sarà eseguito nella struttura sanitaria

.....

Motivazione della richiesta

.....

.....

Il richiedente si impegna a non utilizzare il materiale ricevuto in visione per scopi diversi da quelli connessi con la consulenza senza esplicita autorizzazione.

Il richiedente si impegna a garantire la restituzione del suddetto materiale al laboratorio Bianalisi SpA al termine della consulenza.

Luogo e data Firma